

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE

Par MAURICE FOURCADE

ANCIEN INTERNE DES ASILES

Né à Saint-Girons (Ariège), le 5 février 1885

LA CONSTITUTION ÉMOTIVE

Président : M. GILBERT-BALLET, professeur.

PARIS
IMPRIMERIE PAUL DUPONT

4, RUE DU BOULOI (1^{er})

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen

Professeurs.

Anatomie.	
Physiologie.	
Physique médicale.	
Chimie organique et chimie générale.	
Parasitologie. Histoire naturelle médicale.	
Pathologie et thérapeutique générales.	
Pathologie médicale.	
Pathologie chirurgicale.	
Anatomie pathologique.	
Histologie.	
Opérations et appareils.	
Pharmacologie et matière médicale.	
Thérapeutique.	
Hygiène.	
Médecine légale.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	
Pathologie expérimentale et comparée.	
Clinique médicale.	
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies du système nerveux.	
Clinique chirurgicale.	
Clinique ophtalmologique.	
Clinique des maladies des voies urinaires.	
Clinique d'accouchements.	
Clinique gynécologique.	
Clinique chirurgicale infantile.	
Clinique thérapeutique.	

M. LANDOUZY.

MM.

NICOLAS.

CH. RICHET.

GARIEL.

GAUTIER.

R. BLANCHARD.

ACHARD.

N.

WIDAL.

LANNELONGUE.

PIERRE MARIE.

PRENANT.

HARTMANN.

POUCHET.

MARFAN.

CHANTEMESSE.

THOINOT.

CHAUFFARD.

ROGER.

HAYEM.

GILBERT.

DEBOVE.

LANDOUZY.

HUTINEL.

GILBERT BAILLET.

GAUCHER.

DEJERINE.

RECLUS.

SEGOND.

QUENU.

PIERRE DELBET.

DE LAPERSONNE.

ALBARRAN.

PINARD.

BAR.

RIBEMONT-

DESSAIGNES.

POZZI.

KIRMISSON.

ALBERT ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.
BALTHAZARD
BERNARD
BRANCA
BRINDEAU
BROCA (And.)
BRUMPT
CAMUS
CARNOT
CASTAIGNE
CHEVASSU
CLAUDE
COUVELAIRE

MM.
DESGREZ
DUVAL (Pierre)
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
JEANNIN
JOUSSET (A.)
LABBE (Marcel)
LANGLOIS
LAIGNEL
LAVASTINE

MM.
LECENE
LENORMANT
LEQUEUX
LOEPER
MACAIGNE
MAILLARD
MORESTIN
MULON
NICLOUX
NOBECOURT
OCINCZYC
OMBREDANNE

MM.
PROUST
RATHERY
RETTERRER
RICHAUD
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ
SICARD
TERRIEN
TIFFENEAU
ZIMMERN

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Nous prions M. le Professeur GILBERT BALLET de vouloir bien agréer tous nos remerciements pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous tenons aussi à remercier tout particulièrement M. le Professeur agrégé DUPRÉ qui a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail.

PRÉLIMINAIRES

« L'expérience quotidienne nous montre combien certains
« hommes comparés aux autres sont sujets aux palpita-
« tions de cœur, rougissent ou pâlisent, sont sensibles au
« chaud et au froid; et nous savons tous que ces individus,
« si facilement excitables en ce qui concerne les vaso-mo-
« teurs, sont aussi particulièrement sujets à la colère, à la
« violence, aux joies exagérées, à la tristesse la plus pro-
« fonde (1) ».

Si nous faisons une enquête minutieuse dans le passé de ces individus, nous constatons la précocité, et quelquefois l'hérédité de ces aptitudes pathologiques. Suivons-les dans l'avenir; et nous les verrons exposés plus que les autres à des accidents psychopathiques graves, au cours desquels se révèlent, démesurément grossies, les tendances particulières que nous signalions précédemment.

Etant donnée la connexité, vérifiée par la clinique, de ces troubles psychiques et somatiques d'une part, étant donné, d'autre part, leur caractère d'hérédité, d'innéité,

(1) D^r LANGE, *Les Émotions*, étude psycho-physiologique, p. 137.

de précocité, nous croyons pouvoir considérer ces troubles comme des manifestations d'un état constitutionnel.

Ces malades, déséquilibrés seulement dans le domaine de l'émotivité, sont doués d'une constitution particulière que DUPRÉ a appelée la *Constitution émotive*, qui se manifeste par un ensemble de signes objectivement constatables et qui est différente de la *Constitution hystérique*, de la *Constitution neurasthénique* et de la *Constitution paranoïaque*.

Nous nous proposerons, dans le cours de ce travail, de démontrer l'existence de cette constitution émotive, de la définir, dans ses manifestations physiques et psychiques, de déterminer le rôle qu'elle joue dans la genèse de certaines psychoses, et de la séparer des autres syndromes avec lesquels elle est bien souvent confondue.

CHAPITRE PREMIER

L'ÉMOTION

La *Constitution émotive*, ayant comme caractéristique l'intensité et la diffusion des effets physiques et psychiques des émotions, il sera bon, au début de ce travail, sans nous appesantir sur la psycho-physiologie de l'émotion, de la définir et d'étudier sommairement les symptômes qui l'accompagnent; ce qui nous facilitera la compréhension de l'état constitutionnel qui nous occupe et dans lequel l'émotion joue un rôle prépondérant.

Nous constatons dans l'émotion deux ordres de phénomènes, les uns physiques, les autres psychiques; on a cherché à pénétrer le secret de cette connexité, et, pressentant entre les deux une relation de cause à effet, à savoir quel était celui que l'on devait considérer comme une conséquence de l'autre.

Les théories actuelles ont des tendances à envisager le trouble physique comme étant la condition même de l'ébran-

lement moral. W. JAMES considère l'émotion comme un simple phénomène de conscience, qui nous avertit d'un bouleversement organique; un désordre survient dans le fonctionnement de nos organes, et l'émotion n'est autre chose que la perception de ce désordre. A peu près à la même époque, LANGE émettait une théorie analogue : pour cet auteur l'émotion serait le résultat d'un trouble apporté dans nos organes par des réactions vaso-motrices, la conscience de modifications circulatoires et viscérales qui accompagnent certains faits psychologiques.

FÉRÉ, qui a minutieusement étudié l'émotion, paraît se ranger à l'avis des deux auteurs précédents, en disant : « Les émotions sont des états somatiques qui s'accompagnent d'états de conscience et que l'on peut voir se développer en conséquence d'excitations physiques. »

En face de ces théories, l'émotivité serait une aptitude particulière à présenter de grandes modifications viscérales, des perturbations circulatoires fréquentes, et à les ressentir très vivement.

Malheureusement, si nous sommes en droit de supposer qu'il existe un rapport entre le phénomène physique et l'état de conscience, il nous paraît bien difficile d'affirmer que l'état de conscience n'est que la perception du désordre physique ou réciproquement.¶

Nous dirons que l'émotion est une impression morale très vive, accompagnée de tout un cortège de phénomènes psychiques et physiques; « c'est une réaction diffuse, « exagérée, incoordonnée, non adéquate à l'excitation

« portée sur le cerveau, d'où manifestations multiples et
« disparates, dans toutes les sphères de l'activité cérébrale,
« idéative, motrice, sensitive et sensorielle, vaso-motrice
« et viscérale (1) ».

Pour donner un exemple d'une émotion complète avec son cortège de réactions, nous empruntons aux *Mémoires* de MONNIER, l'anecdote suivante : Après un dîner chez le maire de Strasbourg, auquel assistait Rouget de l'Isle, Diétrich exprima le regret qu'il n'y eût pas un chant de guerre national, au lieu de la *Carmagnole* et du *Ça ira*; peu après Rouget de l'Isle rentre chez lui, prend son violon, et trouve dans ses coups d'archet, les notes inspirées que l'on attendait de lui : « Les paroles, disait-il, venaient avec l'air, « l'air avec les paroles; mon émotion était au comble; « mes cheveux se hérissaient; j'étais agité d'une fièvre ardente; puis une abondante sueur ruisselait de mon corps, « puis je m'attendrissais et des larmes me coupaient la « voix. »

Toutes les émotions, la tristesse, la joie, la colère, la peur, l'enthousiasme, etc..., ne s'accompagnent pas de phénomènes identiques; toutefois le cadre de ce travail ne nous permet pas de nous occuper de chacune d'elles et de les décrire séparément. Nous passerons seulement en revue les manifestations qui leur sont communes; ce qui nous permettra de nous faire une idée d'ensemble de ce qui les constitue psychologiquement et physiologiquement.

(1) SOLLIER, *Encéphale*, 10 février 1910, p. 209.



Lorsque nous sommes sous la menace d'un grand danger, lorsque nous apprenons la mort d'une personne aimée, lorsqu'un bonheur inattendu nous échoit, nous éprouvons une commotion psychique vive, et nous passons brusquement d'une situation à laquelle notre esprit était adapté à une situation nouvelle, qui s'impose avec des allures dramatiques, vient mettre à l'improviste un obstacle à nos habitudes d'esprit, désorganiser les tendances les plus profondément ancrées dans notre cerveau : nous éprouvons une émotion.

A notre avis, le phénomène psychologique qui domine l'émotion est la suspension complète et momentanée de toute activité psychique volontaire et par conséquent du pouvoir d'inhibition volontaire; tant que l'émotion dure, le cerveau est incapable de toute activité consciente et voulue et encore plus incapable d'inhiber les phénomènes créés par elle. Si, par une puissance de la volonté naturelle ou acquise par l'éducation, l'individu peut empêcher la production ou arrêter l'évolution des phénomènes émotifs, l'état d'émotion ne se produit pas ou disparaît : c'est ce qui nous fait considérer psychologiquement le trouble volontaire comme étant à la base de l'émotion; il naît, vit et disparaît avec elle.

Au point de vue psychique, l'émotion évolue en trois périodes, auxquelles correspondent des phénomènes équivalents dans le domaine physiologique. Elles sont variables

quant à leur intensité et à leur durée suivant la nature de l'émotion, son intensité et l'émotivité du sujet.

Le premier stade est caractérisé par une inhibition brusque, généralisée; le sujet ne voit plus, n'entend plus, ne sent plus; les sensations, les perceptions sont abolies; les troubles de la lucidité, de la conscience, de la personnalité et de la volonté atteignent leur maximum.

Après une période de temps plus ou moins longue survient une période de réaction caractérisée par des phénomènes d'excitation. Alors « le cerveau ébranlé par cette violente secousse morale ne vit plus que pour elle, et toute l'activité nerveuse est concentrée en un seul point (1) ». C'est le moment où l'individu affligé perçoit et manifeste sa douleur; où la joie s'extériorise, où la colère devient bruyante et pousse à l'acte.

La lucidité, la conscience, la personnalité, sont toujours troublées dans le sens du déficit, mais les facultés intellectuelles, un moment inhibées, se réveillent et s'exaspèrent : hypermnésie, hyperidéation, hyperaffectivité, se combinent à doses variables; néanmoins le cercle des idées reste toujours absolument restreint et les facultés intellectuelles ne peuvent s'adapter à une idée différente de celle qui compose le contenu de l'émotion, à cause de l'inhibition persistante de l'activité psychique volontaire; l'automatisme semble en effet prédominer dans cette excitation cérébrale.

Enfin la troisième période est caractérisée par une dé-

(1) LETOURNEAU, *Physiologie des passions*.

pression générale consécutive qui est d'autant plus profonde que l'émotion a été plus intense et plus longue.

En résumé, nous dirons qu'au point de vue psychologique, l'émotion se caractérise :

1^o Par un phénomène d'inhibition des facultés intellectuelles et en particulier de la volonté (disparition du pouvoir d'inhibition volontaire);

2^o Par un rétrécissement transitoire du champ de la conscience avec surexcitation intellectuelle.

*
* *

A cet ébranlement psychique se juxtaposent de grandes perturbations dans le fonctionnement de l'activité motrice, sensitive, sensorielle, vaso-motrice et viscérale.

FÉRÉ divise les émotions en émotions sthéniques et en émotions asthéniques; on peut dire d'une façon générale que les premières s'accompagnent d'une exaltation des fonctions motrices, les secondes d'une profonde dépression des forces. Dans une émotion sthénique, on constate de l'accélération du pouls, une élévation de la pression artérielle, des modifications dans la circulation des petits vaisseaux de la périphérie, et conséquemment de la rougeur ou de la pâleur de la face. Sous l'influence de ces émotions sthéniques, agréables, les mouvements respiratoires deviennent plus amples; les fonctions digestives se font mieux; les sécrétions sudorales et salivaires sont exagérées.

Dans les émotions asthéniques, au contraire, le système moteur de l'organisme est profondément déprimé; les phénomènes vaso-moteurs se passent plutôt dans le sens de la vaso-constriction; les mouvements respiratoires sont rapides et superficiels, la température s'abaisse, les extrémités sont froides, les fonctions digestives deviennent lentes et paresseuses, et les sécrétions salivaires et sudorales sont taries, ou tout au moins notablement diminuées. Tous les organes peuvent réagir d'une façon désordonnée sous l'influence d'une émotion : polyurie émotionnelle, incontinence d'urine, l'expulsion involontaire étant due, soit au relâchement du sphincter vésical, soit à la contracture spasmodique des muscles abdominaux. La sécrétion des larmes peut être exagérée ou diminuée : on constate des transsudations liquides dans l'intestin qui provoquent des diarrhées séreuses d'origine émotionnelle.

Les fonctions génitales sont aussi influencées par l'émotion, et les cas d'impuissance émotionnelle, accompagnées de sueurs profuses, et coïncidant avec l'affaiblissement subit des organes mis en jeu, ne sont pas rares.

Après cette énumération rapide, nous voyons que les phénomènes physiques qui accompagnent l'état de conscience, sont surtout caractérisés par une paralysie ou une suractivité de l'appareil moteur; des réactions vaso-motrices incoordonnées et un désordre dans le fonctionnement du système glandulaire.

Tous nos organes sont susceptibles de réagir à la commotion émotive d'une façon désordonnée; c'est une réaction

purement réflexe et qui atteint également celles de nos fonctions qui sont sous le contrôle de la volonté et celles qui ne le sont pas.

*
* *

Jusqu'à présent nous n'avons guère dépassé le terrain de la physiologie normale. Quels sont les caractères d'une émotion pathologique? D'après FÉRÉ (1), une émotion peut être considérée comme morbide :

1^o Lorsque ses accompagnements physiologiques se présentent avec une intensité anormale;

2^o Lorsqu'elle se produit sans cause déterminante suffisante;

3^o Lorsque ses effets se prolongent outre mesure.

Ces trois conditions coïncident ordinairement et elles sont en rapport avec des conditions organiques individuelles spéciales; elles sont déterminées par tous les états d'affaiblissement de l'organisme et du système nerveux en particulier; et surtout par des tendances particulières, par une prédisposition spéciale, qui est de nature constitutionnelle.

C'était l'opinion de LANGE lorsqu'il écrivait, en 1907 :
« Le système vaso-moteur peut être à l'occasion aussi
« facilement malade que toute autre partie du système ner-
« veux, soit qu'il fonctionne d'une manière normale, soit

(1) FÉRÉ, *Pathologie des émotions*.

« qu'il ne fonctionne pas. On peut supposer que le système vaso-moteur est particulièrement exposé au danger d'un fonctionnement anormal, car c'est la partie du système nerveux qui se repose le moins, et la plus exposée de toutes aux troubles fonctionnels; s'ils se produisent, le sujet devient, suivant le moment, oppressé ou furieux, angoissé ou joyeux jusqu'à l'éclat; tout cela sans motif, et bien qu'il ait conscience de n'avoir aucune raison pour se mettre en colère, craindre ou se réjouir. » Et il ajoute : « Les émotions peuvent se traduire sans être provoquées par une impression extérieure, aucun accident qui puisse agir sur notre vie mentale; elles se produisent *in optima forma* et souvent avec la plus grande intensité des états morbides, acquis par l'organisme ou transmis par les parents (1). »

L'émotion morbide se développera donc surtout sur un terrain prédisposé que l'individu apporte en naissant, que nous appellerons avec DUPRÉ la *Constitution émotive*.

Dans les antécédents héréditaires de ces émotifs, nous retrouverons l'expression de ces tendances pathologiques, et la tare constitutionnelle se manifestera chez eux d'une façon précoce. Sous l'influence de l'émotion, tous les signes physiques et psychiques sont accrus dans leur fréquence, dans leur intensité, dans leur durée. En dehors même de tout ébranlement psychique, ces névropathes présentent certains symptômes constants qui dévoilent un état d'émotivité latente continuelle, qui est lui-même la traduction de leur constitution psychopathique.

(1) D^r LANGE, *Les Emotions*, p. 110-111.

CHAPITRE II

LA CONSTITUTION ÉMOTIVE

LASÈGUE a insisté sur les différences d'aptitude individuelle à l'intoxication, et en particulier à l'intoxication alcoolique : certains individus sont alcoolisables, d'autres sont impuissants à l'alcoolisme.

Cette aptitude à l'intoxication peut être héréditaire; ARISTOTE et PLUTARQUE avaient déjà signalé l'hérédité de l'ivrognerie et la possibilité de sa transformation; DIOGÈNE, rencontrant un jeune homme pétulant et impulsif, lui dit : « Mon ami, ton père t'a engendré dans l'ivresse. »

Des aptitudes identiques se remarquent à propos des émotions; elles sont congénitales ou même héréditaires.

Certains individus sont particulièrement accessibles à toutes les émotions qui ont des tendances à se manifester chez eux, avec des caractères morbides : la cause qui les produit est insignifiante; le cortège physiologique qui les accompagne des plus intenses; les effets qui en résultent se prolongent outre mesure.

A ce syndrome psychologique, à cette facilité de s'émouvoir, nous voyons associé un ensemble de signes subjectifs et objectifs, constants, même en dehors des paroxysmes.

Cette association syndromique est héréditaire, ou tout au moins congénitale, et nous croyons devoir la considérer comme la manifestation d'un état constitutionnel; c'est pourquoi ces individus « strychnisés par leur hérédité morbide » réagissent tétaniquement aux excitations les plus légères, et peuvent présenter des troubles psychopathiques graves, sous l'influence d'une émotion-choc.

Nous croyons avec DUPRÉ qu'il existe une constitution psychique émotive, révélabale par un certain nombre de signes objectifs.

L'émotivité, qui fait partie, à titre épisodique, des syndromes hystériques et neurasthéniques et de tous les états d'affaiblissement du système nerveux, est le symptôme spécifique de l'émotivité constitutionnelle; celle-ci doit être envisagée comme une entité clinique que l'on doit séparer des autres névroses.

Au milieu de la symptomatologie complexe de l'émotivité, il y a un certain nombre de signes qui nous paraissent constants et pour ainsi dire spécifiques; ils ont été décrits par DUPRÉ, au nombre de six (1):

1° *L'exagération dans leur instantanéité plutôt que dans leur vitesse des réflexes tendineux, pupillaires et cutanés;*

(1) Compte rendu de la séance du 13 janvier 1910, des Sociétés de neurologie et psychiâtrie réunies. (*L'Encéphale*, avril 1910.)

Quand on examine les réflexes des émotifs, on est frappé de l'instantanéité avec laquelle ils se produisent; l'intervalle qui sépare l'excitation de la réaction est considérablement diminué, au point qu'il peut être impossible de le percevoir; cette diminution du temps de réaction est caractéristique des mouvements réflexes des individus très émotifs.

En même temps que cette instantanéité du réflexe, on observe, en général, une exagération de son amplitude.

Les réflexes tendineux ne sont pas brusques, saccadés et explosifs, comme dans les affections organiques, et leur exagération, qu'on a pu qualifier d'exagération psychique, est bilatérale et symétrique.

Les réflexes pupillaires et cutanés présentent les mêmes caractères; la pupille réagit presque instantanément à la moindre excitation lumineuse, et la réaction atteint une amplitude non adéquate à l'intensité de l'excitation.

2° *L'hyperesthésie sensitive et sensorielle.*

Les individus qui sont les plus sujets à éprouver des émotions et à en ressentir vivement les effets sont, en général, extrêmement sensibles aux excitations sensibles et sensorielles : le moindre bruit les fait tressaillir; une lumière un peu vive les incommode; une odeur les fait tomber en pâmoison, et les impressions morales les atteignent aussi plus vivement. Ce n'est pas sans raison que l'on dit que l'intolérance sensorielle est importante à considérer au point de vue du caractère.

W. Mozart nous offre un exemple typique de la coexistence de ces deux symptômes : l'hyperexcitabilité sensorielle et l'hyperesthésie affective. Il avait d'abord une physionomie extrêmement mobile et qui exprimait toujours la peine ou le plaisir ; étant enfant, il était d'une sensibilité si grande, que le son d'une trompette lui donnait, paraît-il, des convulsions ; il demandait à tout instant aux personnes qui l'entouraient : « M'aimez-vous bien ? » et une réponse négative le plongeait dans la plus grande tristesse.

La susceptibilité de ces sujets est tellement vive qu'un frôlement, un courant d'air, deviennent douloureux et peuvent même provoquer des crises d'anxiété terribles ; ils sont généralement très sensibles aux chatouillements.

Étant donnée leur hyperexcitabilité sensorielle, ils ne peuvent tolérer certaines excitations qui, chez un individu normal, pourraient passer pour agréables. L'ouïe, l'odorat, sont désagréablement impressionnés par des sensations qui sont loin d'expliquer, par leur nature, cette vive intolérance. Nous avons déjà cité l'exemple de Mozart ; un certain Nicanor, cité par HIPPOCRATE, s'évanouissait au son d'une flûte ; Grétry était incommodé par l'odeur des roses ; BOUCHUT cite un membre de l'Institut qui ne pouvait supporter l'odeur de la graine de lin ; SCHOOCK appartenait à une famille dont tous les membres étaient incommodés par l'odeur du fromage ; il écrivit, d'ailleurs, un traité intitulé : « *De aversione casei.* » WHYTTE cite des individus auxquels l'odeur du fromage donnait des saignements de nez. Nous avons observé le même phénomène

chez un individu qui avait eu plusieurs fois des épistaxis sous l'influence de l'émotion et de l'odeur qui se dégage des cadavres.

La vision est également affectée chez certains névropathes; une lumière un peu intense, la réverbération du soleil les fait souffrir; la vue des couleurs vives, crée chez eux une impression désagréable, parfois intolérable.

Cette hyperexcitabilité sensorielle s'accompagne presque toujours d'une grande susceptibilité aux chocs moraux, et l'on peut dire que cette association syndromique est constante dans la constitution émotive.

3^o *Le déséquilibre des réactions motrices et sécrétoires.*

FÉRÉ, par une série d'expériences, a démontré que dans un état d'émotion sthénique, il existe une diminution du temps de réaction à l'excitation sensitive ou sensorielle, et un phénomène inverse dans les états d'émotions asthéniques. Dans la constitution émotive, les phénomènes réactionnels sont instantanés comme dans les émotions sthéniques et les mouvements volontaires prennent les caractères d'un mouvement réflexe. Ces névropathes sont dans un état de tension musculaire continuelle, et l'excitation la plus faible devient productrice d'un mouvement. Leur physionomie est très expressive et très mobile; elle n'exprime jamais l'impassibilité ni le repos, et reflète toujours une impression ou une émotion qui varie du reste à chaque instant, et sans motif apparent. Sous l'influence d'une commotion émotive, ils s'extériorisent d'une façon considérable par des cris, des gestes désordonnés et une mimique des plus expressives.

Ce déséquilibre est encore plus net dans le fonctionnement du système vaso-moteur qui est particulièrement irritable. On voit ces malades présenter des alternatives de pâleur et de rougeur sous l'influence d'événements insignifiants, et quelquefois même sans qu'on puisse trouver de causes extérieures qui permettent de les expliquer. Ces réactions vaso-motrices peuvent prendre des proportions considérables et provoquer des ecchymoses et des épistaxis.

Du côté des phénomènes sécrétoires, même déséquilibre, même désordre : poussées sudorales, crises lacrymales ou diarrhéiques, se renouvellent suivant les sujets. Nous avons observé une malade très pieuse qui était assaillie par des sueurs profuses chaque fois qu'elle pénétrait dans une église; c'était une émotive des plus avérées, qui présentait dans la suite des crises obsessives, à forme mystique. Les poussées sudorales sont quelquefois localisées : l'hyperhydrose palmaire, d'origine émotive, par exemple, l'hyperhydrose plantaire émotionnelle dont on a signalé plusieurs exemples dans une même famille.

J.-J. Rousseau nous raconte lui-même les crises lacrymales auxquelles il était sujet, et qui se produisaient presque sans motif; nous voyons tous les jours des individus qui ont des larmes aux yeux à tout propos.

Dans le même ordre d'idées, on observe des crises diarrhéiques, d'origine émotive, comme celles que présentait le maréchal de Villars, de la polyurie émotionnelle, des pertes séminales; quelquefois même des éjaculations com-

plètes, ainsi que nous l'avons vu chez un sujet qui, dans sa jeunesse, étant encore au lycée, ne manquait jamais d'éjaculer dans son pantalon les jours de composition.

4° *La tendance aux spasmes, notamment dans les muscles lisses.*

Chez les émotifs, les spasmes sont très fréquents : le spasme œsophagien avec dysphagie passagère, envisagé pendant longtemps, sous le nom de boule hystérique, comme un symptôme spécifique de l'hystérie, est une manifestation très fréquente chez les émotifs ; le spasme stomacal, accompagné de vomissements ; diaphragmatique, produisant le hoquet ; vésical, avec émission involontaire d'urine, se rencontrent fréquemment associés à l'émotivité. Il en est de même de certains troubles spasmodiques, tels que la toux, l'éternuement, le blépharospasme, qui se produisent sous l'influence d'irritation locale.

5° *Le tremblement.*

Il est de notion courante que le tremblement incoercible sous toutes ses formes et dans toutes ses modalités, est extrêmement fréquent chez les émotifs. Les acteurs impressionnables connaissent bien cette manifestation du « trac », caractérisée par un tremblement convulsif et impossible à réprimer de la jambe qui ne supporte pas le poids du corps. Rappelons aussi l'exemple de Turenne, dont l'émotivité était célèbre, et qui, à la veille de chaque bataille, était pris d'un tremblement émotionnel incoercible et disait : « Tu trembles, carcasse, tu tremblerais « bien davantage si tu savais où je te mène. »

6° *L'intensité et la diffusion anormales des effets physiques et psychiques des émotions.*

*
* *

Le substratum de la constitution émotive étant ainsi défini par une association de symptômes que la clinique nous permet de vérifier tous les jours, il faut étudier maintenant les caractéristiques mentales de ces malades, qui leur donnent une physionomie bien particulière.

Leur activité psychique est dominée par une triade symptomatique fondamentale : *hyperémotivité, hyperaffectivité et affaiblissement volontaire*; à ces trois grands symptômes viennent s'ajouter des phénomènes paroxystiques et par conséquent transitoires; l'ensemble donne à la mentalité de ces individus une physionomie originale, qui imprime à leur existence tout entière un certain caractère d'instabilité et de désharmonie.

Les troubles organiques précédents sont toujours accompagnés d'une hyperémotivité psychique morbide qui ne serait que leur répercussion sur le système nerveux intelligent, si nous en croyons la théorie de JAMES, LANGE et FÉRÉ sur le mécanisme des émotions.

Les moindres événements de l'existence de ces malades deviennent la cause d'un violent ébranlement psychique; ils sont dans un état permanent de *latence émotive, d'attente anxieuse rudimentaire*, et le moindre heurt provoque une décharge de cette émotivité sous pression; ils ressemblent à ces animaux de laboratoire, auxquels on a injecté

une forte dose de strychnine et qui réagissent par des convulsions tétaniques à une excitation des plus faibles.

Dans le domaine de la sensibilité et de l'affectivité, on constate une susceptibilité individuelle analogue; les phénomènes intellectuels, qui permettent la coordination des idées et la logique des actes, paraissent s'affaiblir au bénéfice des sensations.

De la supériorité incontestable des sensations sur les idées résulte une hyperesthésie morale des plus accusées et une tendance à trouver partout un sujet de souffrance : « Ce qui ne fait qu'effleurer les autres les blesse jusqu'au sang. » J.-J. Rousseau nous représente le type le plus parfait de ces émotifs et sa sensibilité malade est devenue légendaire : « Il n'a fait que sentir sa vie durant, disait « de lui DAVID HUME; et sous ce rapport sa sensibilité « malade s'élève à un degré dont je n'ai jamais vu « d'exemple; mais les sensations qu'il éprouve lui donnent « plus de peine que de plaisir. Il ressemble à un homme, « non seulement dépouillé de ses vêtements, mais encore « de sa peau, qu'on enverrait en cet état, soutenir une « lutte contre l'âpreté et la fureur des éléments. » Il a souffert toute sa vie de son émotivité morbide; et il signale lui-même dans ses *Confessions* les nombreux signes physiques qu'il a constatés sur lui-même : alternatives de pâleur et de rougeur, crises sudorales, crises lacrymales, bourdonnements d'oreilles, etc.

La volonté enfin est toujours profondément lésée dans l'émotivité constitutionnelle, et l'affaiblissement volon-

taire est une caractéristique mentale du tempérament émotif. Nous avons déjà signalé le rôle capital que joue le trouble volontaire dans le mécanisme de l'émotion; même chez un individu normal et énergique, la volonté est profondément inhibée en présence d'une émotion violente; or, plus un individu est émotif, moins sa volonté est énergique; les émotifs sont des abouliques à des degrés variables; leurs appréhensions continuelles, leur hésitation perpétuelle, entravent le libre exercice de cette faculté; la volonté est mise continuellement en échec par des émotions fréquentes; à tout instant, elle est impuissante à se constituer en face de situations auxquelles l'individu est incapable de s'adapter, parce que son émotivité le prive de la toute-puissance de ses facultés intellectuelles et de son libre arbitre : l'affaiblissement volontaire chronique en est la conséquence; cet affaiblissement peut même, dans certains cas, aboutir à l'aboulie totale; l'individu est tellement soumis à toutes les excitations extérieures, qu'aucune ne peut déterminer une décharge, dans une direction unique.

Il existe à n'en pas douter un rapport de cause à effet, entre l'affaiblissement volontaire et l'émotivité; mais, dans l'état actuel de nos connaissances, le secret de ce rapport est assez difficile à préciser. Nous tournons forcément dans un cercle vicieux, car si un déficit volontaire est nécessaire à la production de l'émotion morbide, il n'en est pas moins vrai que l'émotivité, à son tour, adoultère profondément la volonté et a souvent l'aboulie pour conséquence. Néanmoins nous sommes convaincus que,

dans la constitution émotive en particulier, les troubles de l'émotivité innés, profonds, sont antérieurs aux troubles volontaires; l'observation de l'enfant nous paraît, en effet, assez démonstrative à cet égard. Nous verrons plus loin que l'émotivité est déjà manifeste dans l'enfance; or, le système nerveux de l'enfant est surtout sensitivo-moteur; on ne peut invoquer le rôle de l'intelligence et de la volonté dans le mécanisme de l'émotion et le trouble volontaire ne peut expliquer les troubles précoces de l'émotivité.

Mais cette volonté qui va naître sur un terrain instable se trouvera exposée à toutes sortes de traumatismes et ne pourra, de ce fait, acquérir un développement suffisant.

Nous considérons ces trois symptômes comme le substratum psychologique de la constitution émotive; mais ces malades sont bien souvent la proie de phénomènes paroxystiques, de crises émotives, qui rappellent tantôt les crises nerveuses des hystériques, tantôt les crises anxieuses des mélancoliques.

Avec tout le cortège des troubles organiques qui accompagnent les émotions morbides, les malades présentent des phénomènes d'angoisse, et nous voyons apparaître des troubles de la lucidité, de la conscience, de la personnalité et de la mémoire, et des troubles plus graves de la volonté : « Certains malades éprouvent une grande confusion d'idées, du vide dans le cerveau, du vertige mental, « une perte partielle et momentanée de la notion de leur « être et de leur milieu, et alors ils restent stupides ou se

« mettent à parler à tort et à travers, sans savoir ce qu'ils
« disent (1). » P. JANET a attiré l'attention sur les troubles
de la mémoire, et nous citerons avec RÉGIS le cas de
J.-J. Rousseau qui raconte lui-même ce phénomène d'in-
hibition d'origine émotionnelle : A son arrivée à Genève,
en juin 1754, J.-J., honteux d'être exclu de ses droits de
citoyen par sa qualité de catholique, résolut de rentrer
dans le culte de ses pères. Il dut alors se faire entendre
devant le consistoire : « Cette attente, dit-il, m'effraya
« si fort, qu'ayant étudié jour et nuit pendant trois
« semaines un petit discours que j'avais préparé, je me
« troublai, lorsqu'il fallut le réciter, au point de n'en
« pas dire un seul mot; et je fis, dans cette conférence,
« le rôle du plus jeune écolier, les commissaires parlaient
« pour moi, je répondais bêtement oui et non (2). »

En résumé, l'émotif est un individu *accessible à toutes les émotions, facile à passionner, et très peu libre*; chez lui l'appareil nerveux intelligent est le très humble serviteur de l'appareil impressionnable. Sa vie est soumise à tous les caprices de cette susceptibilité émotionnelle malade et manque de direction rationnelle. L'histoire de ces malades est un reflet de leur impressionnabilité et traduit l'instabilité et la désharmonie de leur constitution mentale; ils vivent dans un chaos de grandes douleurs, de joies exubérantes, d'enthousiasmes passionnés, de découragements profonds; ils

(1) PITRES et RÉGIS, *L'Obsession de la rougeur*. Congrès des aliénistes et neurologistes, Nancy, 1896.

(2) J.-J. ROUSSEAU, *Confessions*.

ne sont jamais dans un juste milieu, mais toujours dans le domaine de l'excentricité. « J.-J. Rousseau, après avoir « fait des lectures désordonnées, se met en route à 18 ans, « avec une fontaine de Héron, pour gagner sa vie en la « montrant; parcourt toutes les professions : horloger, bate-
leur, maître de musique, graveur, peintre, domestique... « fait successivement de la musique, de la médecine, de la « théologie, de la botanique; médite au soleil en plein midi, « tête nue; est amoureux, à onze ans, et déclare plus tard « avoir passé dix années dans le délire (1). » La vie des émotifs est une succession de tempêtes et de bouleversements; elle est tourmentée, oscillante, sans but défini et surtout définitif, trahissant en cela même les nombreux ébranlements psychiques que les malades ont supportés.

Nous avons constaté que les individus qui présentent des alternatives de pâleur et de rougeur, des crises lacrymales et sudorales, des spasmes, des tremblements, se distinguent aussi par leur impressionnabilité aux agents physiques et moraux : « Un rayon de soleil les égaie, un nuage les assombrit, l'état électrique de l'atmosphère les tourmente, les excite ou les accable; les affections douces ou gaies, aussi bien que les plus tristes et les plus vives, les trouvent éminemment accessibles »; désordre fonctionnel et déséquilibre psychique sont deux syndromes toujours associés dans l'émotivité.

(1) GRASSET, *Idées médicales*, p. 254.

*
* * *

L'hyperesthésie émotive peut être accidentelle, provoquée alors, soit par des émotions intenses et souvent répétées, soit par toutes les causes de débilitation et d'épuisement du système nerveux; mais elle est beaucoup plus souvent de nature constitutionnelle, et certains individus apportent en naissant un cerveau prédisposé à l'émotion et un bulbe prédisposé aux désordres physiques de l'émotion.

La déséquilibration émotive est souvent *héréditaire*, l'hérédité, bien entendu, pouvant n'être pas similaire.

Elle est toujours *précoce* et se manifeste dès l'enfance par des symptômes caractéristiques.

Elle subit enfin les transformations évolutives de l'individu, surtout en ce qui concerne les diverses étapes de la vie génitale.

On trouve toujours dans les antécédents héréditaires de ces malades, quelques tares névropathiques; et bien souvent des symptômes révélateurs de l'émotivité morbide.

RÉGIS a fait remarquer la prédominance du tempérament arthritique chez ces sujets et dans leur famille; l'exagération de leurs réactions vaso-motrices décelant ou accentuant leur prédisposition fréquente à l'artério-sclérose.

FÉRÉ a cité des familles d'hématophobes; TONNINI signale l'hérédité de l'hydrophobie; MAGNAN, celle de l'onomatomanie et du délire du toucher; SUCKLING raconte l'his-

toire d'une famille dont tous les membres étaient atteints d'hyperhydrose émotionnelle.

J.-J. Rousseau, dont l'exemple est toujours instructif en matière d'émotivité, était chargé de lourdes tares névropathiques : il a des ascendants alcooliques ; dans sa famille on aime les voyages et les changements ; J.-J. a des oncles à Londres, à Hambourg, à Amsterdam, à Venise, à Belgrade, en Perse, en Amérique, en Allemagne... A onze ans, il est amoureux ; sa mère fut précocement romanesque ; elle avait commencé à huit ans le roman de son mariage ; son père était bizarre, excentrique, impulsif ; il avait parfois, dit J.-J., des idées qui tombaient de la lune ; horloger, il donnait des leçons de danse ; un jour, il met en joue un propriétaire qui veut l'empêcher de traverser son champ.

Par la précocité de son apparition, l'hypersensibilité émotive nous fournit une des meilleures preuves de son caractère constitutionnel, et on a dit avec raison que les émotions vives ne se produisent surtout que chez des sujets dont la faiblesse physique s'est révélée dans l'enfance par une susceptibilité spéciale. Avant que l'intelligence de l'enfant soit éveillée, nous pouvons savoir ce que sera sa sensibilité ; et quand on voit ces tout petits, qui paraissent avoir connu avant l'âge les jouissances et les souffrances de la vie, on est en droit de redouter pour eux dans leur existence future une nervosité excessive, car un rien, « le pli d'une feuille de rose, l'ombre d'une mouche, les fera saigner », comme disait George Sand en parlant de Chopin. Ils sont en général d'une sensibilité malade ; leurs sentiments affectifs sont exagérés ; et, tandis que les autres en-

fants ne connaissent encore que leurs jeux, on voit se développer chez eux, avec une précocité extraordinaire, les grandes amitiés, l'amour, la jalousie, la haine; mais ils ne sont pas à l'abri non plus des troubles physiques habituels de l'émotivité morbide; à côté des accès de joie désordonnés, des colères violentes, des frayeurs nocturnes, ils présentent déjà les réactions motrices, sensitives, vasculaires et glandulaires anormales, qui sont la signature de leur constitution psychopathique.

Rousseau avait observé sur lui-même l'antériorité des sensations sur les idées : « Je sentis avant que de penser, » disait-il; c'est le sort commun de l'humanité, je l'éprouve plus qu'un autre. » Nous avons vu chez Mozart la même précocité dans l'apparition d'une émotivité anormale; à dix ans, la seule vue d'une trompette le met en fuite; à quinze ans, il est amoureux d'une jeune fille qui a dix ans de plus que lui. Nous avons observé une fillette de huit ans qui, s'étant éprise d'un de ses oncles, avait toujours manifesté sa jalousie d'une façon tellement violente qu'on fut obligé de lui cacher le plus longtemps possible le mariage de ce dernier; elle est restée hypersensible et excentrique; son père mourut ensuite d'une paralysie générale progressive. Chez l'enfant, d'ailleurs, l'émotivité se manifeste surtout sous la forme jalouse.

On raconte que Pascal, quand il était tout jeune, « ne pouvait souffrir de voir de l'eau sans tomber dans des transports d'emportement très grands... et ne pouvait souffrir de voir son père et sa mère proches l'un de l'autre. »

ANDRAL a cité des observations d'enfants, morts de tristesse et de jalousie, pour avoir vu prodiguer des caresses à d'autres enfants; et FÉRÉ nous raconte l'histoire d'un individu qui toute sa vie resta un émotif et un déséquilibré, et qui, dans son enfance, entraînait dans des colères furieuses quand ses parents n'arrivaient pas à dissimuler qu'ils partageaient la même chambre.

La pyromanie, la kleptomanie, sont encore des formes de l'émotivité morbide que MOREAU DE TOURS a signalées chez les enfants.

Enfin, l'émotivité constitutionnelle, déjà manifeste dans l'enfance, subit les conséquences de l'évolution physique de l'individu; elle se développe dans l'adolescence et l'âge adulte, produisant alors ses manifestations les plus aiguës, pour s'atténuer ou disparaître même complètement dans la vieillesse. Le développement des organes génitaux dans les deux sexes est une des conditions organiques qui influencent le plus l'émotivité.

Des paroxysmes plus fréquents et plus violents apparaissent au moment de la puberté, de la grossesse, de la ménopause, et consécutivement à des opérations chirurgicales portant sur les voies génitales, comme l'ovariotomie et la castration.

Les manifestations périodiques de la vie sexuelle de la femme s'accompagnent très souvent de troubles émotionnels, qui peuvent précéder l'apparition du flux mensuel et survivre pendant quelque temps à sa disparition.

Les excès vénériens, l'abstinence totale, le coït incomplet, les fraudes matrimoniales, peuvent devenir chez les émotifs constitutionnels la cause d'une excitabilité nerveuse particulière qui se traduit par des émotivités morbides.

* * *

La constitution émotive représente la variété la plus fréquente du nervosisme des anciens auteurs ; c'est un mode de déséquilibre psychique, qui peut être associée à une certaine déséquilibre de l'intelligence et de la volonté, mais qui est loin d'être un signe d'infériorité intellectuelle, elle est au contraire parfaitement compatible avec une intelligence normale et souvent supérieure ; quoique ces malades aient à souffrir toute leur vie de leur émotivité hyperesthésiée, l'émotion peut être chez eux génératrice non seulement d'actes utiles, mais encore de productions géniales.

« Les émotions résultent de la représentation mentale
« d'états agréables ou pénibles ; elles sont par conséquent
« d'autant plus fortes qu'elles renferment un plus grand
« nombre de sensations actuelles ou naissantes, propres à
« rappeler ces états. Il résulte de là que plus les associa-
« tions sont nombreuses, plus intenses peut être l'émotion
« qui, considérée dans ses formes normales, est proportion-
« née au développement intellectuel (1). »

L'émotif n'est pas un individu d'un niveau intellectuel

(1) Ch. FÉRÉ, *La Pathologie des émotions*, préface, p. vi.

inférieur, et l'émotivité est surtout l'apanage des gens intelligents.

Plus que les autres hommes, peut-être, ils sont capables de tous les modes de l'activité intellectuelle; et quoique leur intelligence soit l'humble esclave de leurs sensations, elle tire sa supériorité de l'abondance même et de l'acuité de ces sensations : « Dans le royaume des sensations, disait Arvède Barine, le superhomme, c'est le névrosé. » D'ailleurs, parmi les écrivains et les artistes supérieurs, dont nous connaissons le psychisme intime, ne trouvons-nous pas les plus belles manifestations de l'émotivité jusque dans ses formes les plus morbides?

Certes, nous sommes loin de l'homme normal de LOMBROSO, « ce médiocre bien portant ». Les hypersensibles sont souvent incapables de nous donner le bel exemple d'une vie toute faite de calme et de maîtrise, de logique et de raison... Mais ils nous ont souvent donné des chefs-d'œuvre.

L'homme normal est inaccessible aux orages émotionnels; mais comme il ressemble souvent au Philistin de VICTOR HELM, « ce gaillard tout à fait réussi, produit de l'habitude, manquant de fantaisie, raisonnable, orné de toutes les vertus de la médiocrité, menant une vie honorable grâce à la modération de ses exigences; concevant lentement, et traînant avec une patience touchante tout le fardeau des préjugés dont il a hérité de ses pères (1) ! » Aussi nous demanderons, nous, sans vouloir cultiver le paradoxe, si

(1) TARDIEU, *L'Ennui*, *Revue philosophique*, 1900, p. 1.

Anatole France n'a pas quelque raison de souhaiter à tous ceux qu'il aime « un petit grain de folie » !

Nous n'irons pas toutefois jusqu'à dire que l'émotivité et l'intelligence ne peuvent l'une sans l'autre acquérir un certain développement ; mais l'émotivité a besoin du concours de l'intelligence pour acquérir une certaine acuité. La sensibilité émotive aura d'autant plus de chance d'être impressionnée que le champ d'investigation de l'intelligence sera plus vaste, et que les sujets qui lui sont plus facilement accessibles seront plus nombreux : « Plus les
« modes d'activité d'un animal sont variés, plus doivent
« être variés les rapports qu'il a avec les choses environ-
« nantes, et par suite plus doivent être variés les modes
« selon lesquels les objets environnants l'affectent (1) ».

D'autre part, si nous devons reconnaître qu'une émotivité exagérée entrave le libre exercice de certaines facultés, comme la volonté, par exemple, et peut être, de ce fait, considérée comme nuisible à l'individu, il n'en est pas moins vrai que l'hypersensibilité fournit à l'intelligence un domaine plus vaste et lui permet d'atteindre à des hauteurs qui lui seraient interdites sans elle. Citons à ce sujet les quelques lignes par lesquelles RÉGIS concluait son étude sur J.-J. Rousseau : « A l'heure actuelle, il m'apparaît non
« seulement comme un grand écrivain, mais comme une
« nature tendrement exquise, comme un être essentielle-
« ment doux et bon, dont les défaillances morales relevaient
« de la morbidité plutôt que du vice ; et qui, suivant la

(1) H. SPENCER, *Principes de psychologie*, II, p. 369.

« juste opinion de Brunetière, *puisa, dans sa sensibilité hyperesthésiée, avec le principe de sa névrose délirante, celui même de son talent...* Pauvre J.-Jacques ! t'étudier dans ton essence intime, dans la vie de ton corps, de ton cerveau et de ton cœur, c'est voir ce que tu fus, le plus humain, le plus délicat et le plus douloureux des génies (1). »

*
* * *

Enfin, une dernière question se pose : l'émotivité morbide est-elle compatible avec la débilité mentale ?

Il n'est pas douteux que l'on rencontre des débiles qui présentent tous les attributs de la constitution émotive.

Mais, nous croyons pouvoir dire que, d'une façon générale, on rencontre plus souvent dans la débilité mentale, l'inémotivité, l'insensibilité morale, l'inaffectivité, que les caractères inverses. Le débile n'est pas totalement privé d'émotion, mais il n'éprouve jamais des émotions complexes, et ne présente pas cet état d'émotivité latente, de tendance à l'anxiété, qui caractérise les périodes intercalaires des paroxysmes émotifs. Il n'éprouvera que des émotions simples, analogues à celles des enfants ou des hommes primitifs, et ses manifestations émotives, si nous pouvons ainsi parler, seront aussi débiles que les autres manifestations de son intelligence.

(1) RÉGIS, *Etude médicale sur J.-J. Rousseau, Chronique médicale*, février-juillet 1900.

Ce qui caractérise l'émotivité du débile, quand elle existe, c'est qu'elle est impulsive, précisément parce que sa sensibilité est peu développée. L'impulsion ne s'accompagne pas de désordres émotionnels, d'anxiété; elle n'est pas consciente et pénible comme celle du déséquilibré supérieur; chez l'imbécile, elle est complètement inémotive; mais elle est suivie de l'acte comme un mouvement réflexe suit l'excitation qui le provoque. L'acte de violence d'un débile impulsif est plutôt la preuve d'une « perversion régressive de l'émotivité » (1) que d'une grande sensibilité émotionnelle. « Prenez, disait HERBERT SPENCER, un individu « en qui la sensibilité est peu complexe; un événement « soulève en lui une émotion; aussitôt elle éclate, elle « passe à l'acte avant qu'aucune autre émotion ait pu « entrer en ligne; mais quand chez un individu les émotions possibles viennent à former un organisme plus « complexe, les émotions simples s'y trouvent coordonnées, « tellement qu'elles ne peuvent s'éveiller l'une sans l'autre; « avant qu'une d'elles, éveillée, ait pu produire un acte, « l'excitation se communique à d'autres qui souvent sont « opposées à la première, d'où résulte une combinaison de « tendances, une conduite modifiée en conséquence, et « l'émotion devient plus durable (2). »

(1) FÉRÉ, *Pathologie des émotions*.

(2) H. SPENCER, *loc. cit.*, p. 297.

CHAPITRE III

LES SYNDRÔMES ÉMOTIFS

Ainsi conçue, la *Constitution émotive* représente un territoire intermédiaire entre l'état normal et l'état pathologique, territoire sans frontière, dont la ligne de démarcation restera toujours soumise à l'appréciation personnelle. Mais si elle est intéressante à étudier au point de vue psychologique, elle présente aussi un grand intérêt en psychiâtrie, à cause du rôle étiologique important qu'elle joue en pathologie mentale.

Par suite du déséquilibre émotif constant qui la caractérise, elle devient un terrain merveilleusement prédisposé aux maladies de l'émotivité.

Aussi croyons-nous qu'elle est importante à considérer dans la genèse des syndrômes morbides, à base émotive, comme les syndrômes *phobiques* et *obsessifs* et les accès de la *folie maniaque-dépressive*, dont la cause première doit être recherchée dans une aptitude constitutionnelle.

Ces deux affections reposent en effet sur un fond d'émotivité morbide, et sont, dans leur essence même, des manifestations émotives exagérées et anormales, accompagnées de troubles plus ou moins accusés, et surtout plus ou moins durables, de la lucidité, de la conscience et des fonctions intellectuelles supérieures.

I. — PHOBIES. OBSESSIONS. IMPULSIONS

Le syndrome caractérisé par la coexistence ou la succession de phobies, d'obsessions, d'impulsions, se développe et évolue sur un terrain de déséquilibration émotive; il doit être considéré comme une manifestation paroxysmique d'une émotivité morbide antérieure; l'émotivité existe toujours à sa base, sous une forme diffuse, qui se systématise ou s'intellectualise en phobie ou obsession, sous l'influence le plus souvent, d'une cause provocatrice.

Cette question nous ramène forcément à la polémique déjà ancienne des partisans de l'origine intellectuelle ou émotive de l'obsession.

WESTPHAL fut un des premiers à soutenir la théorie intellectuelle de l'obsession, considérant le trouble émotionnel comme un trouble secondaire, une simple réaction sous l'influence d'une idée qui devient morbide par son intensité; cette théorie a rallié de nombreux partisans et en particulier DELASIAUVE, MAGNAN et LEGRAIN.

Avec MOREL, décrivant son délire émotif, apparaît une théorie inverse qui considère le trouble émotionnel comme

étant à la base de l'obsession, et le trouble intellectuel comme accessoire; cet auteur insiste sur la constance du fond émotif dans la genèse de l'obsession.

TAMBURINI, par une théorie éclectique, essaie de concilier les deux opinions, et il divise les obsessions en intellectuelles et émotives suivant le phénomène qui, d'après lui, se présenterait à l'origine.

BERGER reconnaît à l'obsession une origine émotionnelle, et FÉRÉ la considère comme une forme systématique de l'émotivité morbide. Aujourd'hui, la théorie émotionnelle paraît généralement admise par les aliénistes, au nombre desquels nous citerons KRAFT-ÉBING, SÉGLAS, GILBERT BALLEZ, RÉGIS, DUPRÉ, etc.

Les obsessions et les phobies sont étroitement reliées par un symptôme commun, l'anxiété, qui constitue le fondement des deux syndromes.

D'après LALANNE et RÉGIS, l'anxiété, qui peut aller de l'inquiétude à l'angoisse, est un état complexe qui comprend à la fois : « des troubles moteurs (asthénie-motrice, « tremblement, incoordination, altération de la parole, « vertige); des troubles circulatoires (angoisse précordiale, « spasme, hypertension, modification vaso-motrice); des « troubles respiratoires (oppression, dyspnée, altération « de rythme et d'amplitude); des troubles digestifs (poly- « rie, sialorrhée ou sécheresse de la bouche, hyperhydroses « locales ou générales); des troubles affectifs ou intellec- « tuels (inquiétude, ennui, défaut d'attention et de « mémoire, obnubilation de l'intelligence, intensité de la

« représentation mentale, désagrégation de la conscience
« et de la personnalité, et par-dessus tout, attente anxieuse
« avec phobies et obsessions) (1) ».

D'après cette description, l'anxiété est un trouble complexe, à contenu somatique et psychique de nature *essentiellement émotive* et que l'on retrouve toujours à la base de toute manifestation phobique ou obsessive.

*
* * *

La phobie est un trouble émotif qui ne se manifeste que dans des conditions spéciales variables avec chaque individu; c'est une appréhension, une crainte spécifique quelquefois instinctive, toujours irraisonnée et échappant au contrôle de la volonté. Chaque fois que le sujet se trouve en présence de l'objet de cette crainte, ou que le souvenir de cet objet lui revient à l'esprit, il devient la proie d'une émotion profonde qui s'accompagne de phénomènes anxieux. « Qui n'a pas entendu parler, disait MOREL, des accès fébriles que donnait au savant Érasme la vue d'un plat de lentilles ? Celle du cresson de fontaine causait au savant Scaliger des tremblements nerveux ; SCÉNAC cite des faits analogues à propos de Paoli et d'autres personnages. Pierre Bayle était pris, dit-on, de syncope pendant les éclipses de lune. Le roi Jacques II tremblait à la vue d'une épée nue, et la vue d'un ânon, si l'on

(1) RÉGIS, *Précis de psychiatrie*, p. 92.

« en croit la chronique du temps, suffisait à faire perdre
« connaissance au duc d'Épernon. »

Les phobies peuvent être systématisées depuis l'enfance; nous en avons déjà cité de nombreux exemples dans le chapitre précédent, et nous les considérons comme des manifestations fréquentes de la constitution émotive.

Elles sont plus souvent accidentelles, apparaissant à la suite d'une commotion psychique, qui transforme un état d'émotivité diffuse en un nouvel état d'émotivité systématique.

Les malades peuvent préciser exactement les circonstances au cours desquelles la phobie est apparue pour la première fois; mais si on les interroge soigneusement, on apprend qu'ils étaient, bien avant cette époque, émotifs ou impressionnables à l'excès, et l'on arrive même à déceler chez eux, certaines phobies, qui, moins bruyantes, étaient passées inaperçues.

Entre l'émotivité diffuse et la phobie systématisée, on observe dans certains cas un état intermédiaire qui sert de transition : c'est un *stade panophobique*, « où l'on a
« peur de tout et de rien, où l'anxiété, au lieu d'être rivée
« à un objet toujours le même, flotte comme un rêve et ne
« se fixe que pour un instant, au hasard des circonstances,
« passant d'un objet à un autre (1) ». Qu'une circonstance favorable vienne à se produire sous la forme d'un événement un peu plus dramatique que de coutume, et le trouble émotif se spécialisera; « la crainte malade est

(1) RIBOT.

« alors le résultat de la transformation occasionnelle d'un
« état vague, indéterminé en une forme précise; la pho-
« phobie serait un stade préparatoire, une période d'in-
« différenciation; le hasard, un choc brusque, lui donnent
« une orientation et la fixent, c'est le passage de l'état
« affectif diffus à l'état intellectualisé, c'est-à-dire con-
« centré et incarné dans une idée fixe, travail analogue à
« celui du délire des persécutions, où la suspicion, d'abord
« vague, s'attache à un homme, et ne le lâche plus (1) ».

Ainsi fixée, la phobie se reproduira non seulement quand le sujet se retrouvera dans les circonstances originelles, mais encore sous l'influence du souvenir d'une simple association d'idées, qui devient une cause de décharge à l'émotivité latente de l'individu.

Dans certains cas, une fois le paroxysme anxieux disparu, le malade revient à l'état normal; mais il est plus fréquent de le voir préoccupé par le trouble dont il vient d'être victime, dont le souvenir le hante sous la forme d'une véritable idée obsédante, et l'on assiste à la transformation d'une phobie systématisée en une obsession.

Cette évolution est déjà un argument en faveur de la nature émotive de l'obsession qu'il est souvent difficile, dans la pratique, de distinguer d'une phobie, car les deux symptômes sont fréquemment associés.

(1) RIBOT.

*
* *

L'obsession doit être considérée, au même titre que la phobie, comme un phénomène essentiellement émotif, systématisé, non plus sur une crainte, mais intellectualisé sur une idée. Le fond du trouble morbide reste identiquement le même; le phénomène est seulement plus complexe en raison de l'adjonction à *l'état émotionnel* d'un élément nouveau : *l'idée*.

L'obsession est constituée en effet par deux facteurs qui prennent, suivant les cas, une importance variable : un facteur émotionnel et un facteur intellectuel; du premier dérivent les phénomènes physiques et psychiques qui constituent l'anxiété; le deuxième produit le contenu idéatif de l'obsession; le symptôme évolue sous le couvert d'une lucidité et d'une conscience parfaites, tout au moins en dehors des grands paroxysmes anxieux.

Nous ne croyons pas, ainsi que le voudrait TAMBURINI, que l'obsession puisse être divisée en deux variétés, une variété émotive et une variété intellectuelle, car, quelle que soit l'importance que prenne l'élément idéatif, le trouble émotionnel ne fait jamais défaut, et doit être considéré comme primitif et capital.

Nous avons déjà fait une constatation en faveur de la prédominance de l'élément émotif dans la genèse de l'obsession qui peut résulter de la transformation d'une phobie.

L'examen clinique permet encore de se rendre compte

de l'importance énorme que possèdent les phénomènes émotionnels dans la symptomatologie de ce trouble, ainsi que l'émotivité morbide, dans son étiologie; ce qui tend à prouver, ainsi que le dit SÉGLAS, « que le terrain sur lequel « se développe l'obsession est véritablement marqué au « coin de l'émotivité morbide (1) ».

En effet :

1^o L'idée obsédante est toujours accompagnée d'un état émotionnel pénible plus ou moins intense; en dehors d'un certain nombre de symptômes physiques et psychiques qui, par leur association, constituent l'inquiétude, l'anxiété ou l'angoisse, il n'est pas d'obsession possible; et l'idée fixe devient un phénomène banal qui ne présente aucun caractère morbide.

2^o Un état anxieux des plus caractérisés peut précéder l'idée obsédante : le malade souffre d'abord de perturbations fonctionnelles qu'il ne s'explique pas; il est dans un état d'émotivité diffuse, d'attente anxieuse incomplète, dont il a conscience et dont il souffre, et c'est sur ce terrain que l'idée obsédante se fixe secondairement, sous l'influence d'un événement extérieur, d'un souvenir, d'une association d'idées; ainsi fixée sur une représentation mentale, l'émotivité est exaspérée à son tour par l'importance malade que prend cette représentation.

(1) SÉGLAS, *Leçons cliniques, Sur les maladies mentales et nerveuses*, p. 79.

3° Dans certains cas, l'idée obsédante paraît avoir précédé l'anxiété et l'avoir provoquée; les troubles émotifs qui apparaissent ensuite, sembleraient dériver des troubles intellectuels. Remarquons d'abord que nous avons tous des idées qui nous poursuivent avec plus ou moins de ténacité, et qui n'ont pour cela rien de pathologique; l'idée fixe, sans accompagnement émotionnel, est un phénomène intellectuel qui n'a rien d'incompatible avec le fonctionnement normal d'un cerveau. Il nous paraît donc bien téméraire de considérer une idée fixe comme l'origine d'un trouble aussi profondément morbide que l'obsession; tout au plus peut-on lui reconnaître un rôle d'orientation. D'autre part, quoique le malade n'ait pas observé chez lui de phénomènes anxieux, avant l'apparition de l'idée morbide, il avait éprouvé comme une sorte d'aura purement physique « constituée par des phénomènes particuliers, moteurs, sensitifs, périphériques ou viscéraux, vasomoteurs, qui, d'après JAMES, LANGE, MUNSTERBERG et FÉRÉ seraient les conditions mêmes de l'émotion » (1); ici encore, malgré les apparences, l'obsession avait un phénomène émotionnel comme point de départ. « Le jour où
« cela va me prendre, disait une malade de SÉGLAS, je sens
« comme des bouchons dans les tempes, un nœud dans
« l'estomac, je n'ai pas d'appétit; cela me prend quelques
« heures avant que l'idée arrive (2). »

4° L'obsession fait souvent son apparition à la suite

(1) SÉGLAS, *Leçons cliniques*.

(2) SÉGLAS, *Leçons cliniques*.

d'une secousse émotionnelle; l'émotion-choc provoque, oriente et spécialise le syndrome.

5° L'angoisse, nous l'avons vu, peut exister à l'état indépendant, précédant l'idée obsédante qui la suit à plus ou moins longue échéance; parfois le syndrome peut être tronqué, dépourvu de tout élément idéatif, et la maladie qui procède avec des allures d'intermittence donne naissance à des accès, uniquement constitués par un état anxieux, qui alternent avec des idées obsédantes. Nous voyons donc que l'état émotionnel est indispensable à l'évolution du syndrome et peut même en composer tout le contenu.

Avant l'apparition des accès, les obsédés étaient toujours des individus déséquilibrés dans le domaine de l'émotivité, et quel que soit le mécanisme par lequel l'obsession se systématise, elle reconnaît toujours d'une façon constante une émotivité constitutionnelle à sa base. C'est grâce à ce fond que l'émotion-choc peut jouer son rôle de provocation et de spécialisation, mettant en mouvement un mécanisme latent qui n'attendait qu'une occasion pour se révéler.

Nous sommes tous exposés à éprouver des émotions violentes, à être poursuivis par des idées fixes, et nous ne faisons pas des obsessions pour cela.

D'ailleurs, pas plus que la phobie, l'obsession ne peut se développer de toute pièce sous l'influence d'une émotion, si le terrain n'était préparé de longue date; le malade

peut préciser d'une façon très affirmative le jour où son trouble est apparu pour la première fois, mais une anamnèse minutieuse nous apprend toujours qu'il était en réalité obsédé ou phobique depuis longtemps, émotif depuis toujours.

SÉGLAS cite l'observation d'une obsédée qui est des plus intéressantes à cet égard : dès son enfance apparaissent des obsessions, l'une relative à Croquemitaine, l'autre dans laquelle elle croyait toujours avoir un cercueil derrière elle; toute sa vie, elle reste d'une émotivité exagérée, présentant par accès des crises obsessives chaque fois qu'une émotion vient ouvrir les vannes de son émotivité latente.

Enfin, l'obsédé est un malade conscient, non seulement vis-à-vis des manifestations intellectuelles qui sont étrangères à l'idée obsédante, mais encore vis-à-vis de cette idée elle-même.

Quoiqu'on observe fréquemment pendant les grands paroxysmes une obnubilation passagère de la lucidité et de la conscience qui donne à ces malades l'aspect de mélancoliques anxieux, on peut dire d'une façon générale qu'il y a chez eux une constatation très lucide d'un état de désordre intellectuel.

Dans ces conditions, si l'on n'admet pas la prédominance et la nécessité de l'émotivité morbide dans l'évolution des syndrômes phobiques et obsessifs, il nous paraît assez difficile d'expliquer comment un sujet lucide et conscient, en possession de toutes ses facultés de contrôle, se trouve

dominé et gouverné par une idée absurde, nuisible, et reconnue par lui comme telle !

Nous sommes tous susceptibles d'avoir des idées fixes, mais à l'état normal aucun accompagnement émotionnel ne vient donner à cette idée un caractère pathologique ; il suffit que notre contrôle la reconnaisse absurde, pour qu'elle soit supprimée du champ de la conscience par un effort volontaire. Chez l'obsédé les conditions sont bien différentes ; quel que soit le contenu de l'obsession, celle-ci n'est pas commandée par l'idée, mais par le trouble émotionnel pénible, par l'anxiété, qui lui permet d'atteindre une intensité anormale, et lui donne une importance et une fixité qu'elle n'aurait pas sans elle. Or, ce désordre émotionnel à contenu à la fois somatique et psychique, échappe par sa définition même au contrôle de la volonté, et comme il puise ses racines dans la constitution de l'individu, on s'explique le double caractère de l'obsession, phénomène à la fois conscient et irrésistible.

Les impulsions sont aussi les conséquences de l'émotivité morbide. Toute obsession contient le germe de l'impulsion, comme une idée renferme l'ébauche du mouvement qu'elle représente. L'obsession est toujours impulsive à un degré variable, et la réalisation de l'impulsion dépend de l'intensité du trouble émotionnel, et surtout du degré du niveau intellectuel de l'individu. Plus l'anxiété est profonde et plus les facultés de contrôle et l'énergie volontaire sont insuffisantes. Ce processus de désagrégation facilite le passage de l'idée à l'acte par l'inhibition des phénomènes d'arrêt, et il se produit d'autant plus aisé-

ment que l'individu est moins élevé en organisation; c'est pourquoi la tare dégénérative joue, dans l'impulsion, un rôle de première importance.

Les perversions sexuelles sont aussi imputables à un trouble de l'émotivité auquel s'ajoute fréquemment de la perversité morale et des déviations variées de l'instinct sexuel. Elles reposent le plus souvent sur des anomalies fonctionnelles, des excitabilités spéciales des différents sens, et en particulier la vision, l'odorat et le toucher, et se présentent avec tous les caractères de l'émotivité morbide.

Les syndrômes phobiques et obsessifs se trouvent souvent combinés à d'autres syndrômes, comme la neurasthénie; nous aurons à revenir tout à l'heure sur cette question, mais nous dirons en passant que les obsessions des neurasthéniques doivent être envisagées comme des manifestations épisodiques et secondaires. La neurasthénie étant comprise comme un état d'épuisement du système nerveux, la tare émotive sous-jacente se manifeste à la faveur de cet épuisement : l'émotivité n'étant plus compensée par les fonctions inhibitrices supérieures, peut se donner libre carrière, et le moindre heurt, qui serait resté sans conséquence si le sujet était en possession de toute son énergie, deviendra la cause d'une phobie ou d'une obsession. Il en est de l'émotivité comme de la tuberculose par exemple; elle n'est pas créée par la neurasthénie; évoluant avec des allures torpides, elle devient aiguë à la faveur de la dépression nerveuse.

*
* *

En résumé, nous croyons que l'émotivité est à la base du syndrome constitué par les phobies, les obsessions, les impulsions; le trouble émotionnel est la condition *sine qua non* de son existence; c'est le squelette de la maladie, plus ou moins étoffé secondairement par des dérivations intellectuelles.

Le syndrome ne peut se développer que sur un terrain qui présente une vulnérabilité particulière acquise par l'hérédité : c'est un accident paroxystique de l'émotivité constitutionnelle. Que l'obsession et la phobie apparaissent spontanément, qu'elles résultent d'un traumatisme moral, comme une émotion violente, qu'elles apparaissent à la faveur d'un affaiblissement du système nerveux, comme dans les états neurasthéniques, elles relèvent toujours de causes plus profondes qui doivent être recherchées dans la constitution psychopathique de l'individu.

Si nous croyons avec BINET qu'il existe dans la folie avec conscience « un état mental de conflit par lequel le sujet « conserve la conscience et le jugement, mais perd la « volonté à l'égard des gênes qui se produisent dans son « fonctionnement mental » (1), il nous semble que la question capitale repose dans la recherche des causes génératrices de cet état de gêne, et ces causes, à notre avis, résident dans l'émotivité morbide.

(1) BINET. *La Folie avec conscience*, *Année psychologique*, 1910.

La Constitution émotive crée le terrain, et les symptômes auxquels nous assistons sont le résultat d'un *conflit entre l'émotivité malade et toute puissante et le reste de la personnalité.*

II. — SYNDROMES MANIAQUES ET MÉLANCOLIQUES

La Constitution émotive est aussi le terrain de choix pour le développement des syndrômes maniaques et mélancoliques.

Sous l'influence des idées de KRAEPELIN, reprises et complétées par plusieurs aliénistes français, la manie et la mélancolie ne sont plus considérées comme deux entités morbides différentes, mais comme deux manifestations épisodiques et paroxysmales d'une seule et même maladie, la « *Folie maniaque-dépressive* », caractérisée par des périodes plus ou moins cycliques d'excitation et de dépression.

Ensuite apparaît la théorie de la « *cyclothymie* ». On avait d'abord ainsi nommé les formes frustres de la folie maniaque-dépressive dans lesquelles les accès maniaques et mélancoliques n'éclataient pas franchement, et ne se manifestaient que par quelques symptômes incomplets et fugaces. Sous l'influence de DENY en particulier, la conception de la *cyclothymie* s'est considérablement élargie, et celle-ci « a été prise pour désigner un défaut d'équilibre des sentiments affectifs, une irritabilité particulière des

« émotions d'humeur avec tendance aux changements brusques »; (1) la cyclothymie devient une constitution psychopathique, qui sert de base aux accès de la *folie maniaque-dépressive*, préside à leur apparition et survit à leur effacement.

L'anamnèse attentive des malades qui se présentent à nous dans l'une quelconque des phases évolutives de leur maladie, permet seule de poser un diagnostic certain; mais elle nous apprend aussi que le malade était depuis longtemps la victime d'une constitution psychopathique particulière. La vie de ces sujets est loin d'être uniforme: pendant un certain temps, ils sont actifs, entreprenants, heureux, satisfaits d'eux-mêmes et des autres; puis brusquement et sans raison ils se désintéressent de tout, deviennent tristes et maussades et s'enferment chez eux n'ayant même quelquefois plus le courage de quitter leur lit. Ainsi constitué, le cycle se reproduit avec plus ou moins de régularité, avec des intermittences plus ou moins longues, jusqu'au jour où un accès d'excitation ou de dépression, plus grave que les précédents, motive l'internement, à moins que le malade ne mette fin à ses jours dans une crise de mélancolie. La constitution cyclothymique est extrêmement fréquente, et ainsi que le fait observer GILBERT BALLEZ « le monde est plein de circulaires, qu'on « tient pour de simples lunatiques, parce qu'on les trouve « tantôt plus indifférents aux choses du monde et plus « tristes qu'il ne convient, tantôt plus exubérants et plus « entreprenants que de raison ».

(1) BINET et SIMON, *Année psychologique*, 1910.

Nous considérons la *cyclothymie* comme une variété de la *constitution émotive* dont elle présente tous les symptômes; mais au lieu de se traduire par des manifestations diffuses et mobiles, elle est caractérisée par des manifestations fixées dans une forme définie et plus ou moins cyclique, qui apparaissent spontanément et atteignent plus profondément tous les domaines de l'activité psychique : sensibilité, intelligence et psycho-motilité. Elle détermine l'apparition et la périodicité des accès de la *folie maniaque-dépressive*; les atteintes qu'elle porte à l'intelligence du sujet ont des conséquences graves en raison de l'élargissement de son domaine psychopathique; mais nous allons voir en étudiant la psycho-physiologie de l'accès maniaque ou mélancolique que l'hyperesthésie émotive est ici encore le symptôme fondamental.

*
* *

Le cyclothymique est avant tout, foncièrement, un émotif; et la crise de manie ou de mélancolie qui le gouverne est un accident développé à la faveur d'un état constitutionnel et qui exagère les tendances morbides que ces individus portent en eux-mêmes. Les facultés de direction, de critique et d'arrêt, sont suspendues, en même temps que s'installe un état d'excitation ou de dépression; mais le phénomène élémentaire et primitif est représenté par la constance d'un état émotionnel qui s'extériorise plus ou moins.

Envisagé dans sa forme la plus pure, l'accès maniaque est caractérisé par une excitation fondamentale, avec augmentation de l'activité psychique et abaissement du niveau intellectuel, excitation dominée et dirigée par une série d'émotions d'ordre sthénique qui s'expriment violemment.

L'accès mélancolique est caractérisé par un fond de dépression, avec ralentissement de l'activité psychique, abaissement du niveau intellectuel, et inhibition psychomotrice, dépression dominée et dirigée par une série d'émotions d'ordre asthénique.

De part et d'autre, nous sommes donc en présence de trois ordres de symptômes dont la combinaison donne naissance à l'accès : 1^o *excitation ou dépression* ; 2^o *trouble intellectuel par déficit* ; 3^o *trouble émotionnel*.

Nous considérons ce dernier comme étant non seulement le plus constant de la folie maniaque dépressive, mais encore comme servant de base à l'évolution des accès.

Le désordre émotionnel est le *signal-symptôme* ; il est toujours manifeste au moment du paroxysme, soit sous la forme d'émotions qui s'expriment, soit sous la forme d'*imminence émotive* ; il donne à l'accès son *orientation*, suivant la nature de l'émotion dominante ; il le *précède et survit* à sa guérison, sous forme d'hyperesthésie émotive.

Il est rare, en effet, de voir un accès maniaque ou mélancolique débiter spontanément par un état d'excitation ou de dépression ; il est généralement précédé par quelques symptômes précurseurs, dont les malades peuvent avoir

pleinement conscience; ce qui leur permet, dans certains cas, de prendre les précautions nécessaires avant l'explosion de leur accès. Le symptôme précurseur est tantôt une sorte d'aura physique émotionnelle, analogue à celle que nous avons signalée chez les obsédés, tantôt une simple exagération de leurs dispositions naturelles à s'émouvoir et à présenter des changements brusques de l'humeur.

Le trouble émotionnel a fait son apparition bien avant que l'excitation ou la dépression ne soit devenue manifeste; c'est une tendance anormale, soit à l'exubérance et à la gaieté avec impression cénesthésique agréable, soit à la tristesse avec impression cénesthésique pénible; la fonction émotive est dans un état d'éréthisme; le malade, ainsi que le dit BINET, est plutôt « en imminence émotive, en quelque sorte sous pression comme une bouteille de Leyde qu'un contact suffit à décharger ». Dans ces conditions, la moindre excitation extérieure, bien souvent d'ordre banal, produira l'explosion, et les émotions vont se développer avec la plus grande intensité. Les cris, les injures, les sarcasmes, les grimaces et les actes violents, comme les plaintes, les gémissements, et l'inhibition psychomotrice, ne sont que des expressions différentes d'un état émotionnel.

Le trouble émotionnel est non seulement le phénomène primitif, mais il oriente le paroxysme dans le sens de l'excitation ou de la dépression, suivant que le malade a des tendances à éprouver des émotions asthéniques ou des émotions sthéniques.

« Pour nous, écrit BINET, nous poserons cette convention, « qu'un accès doit s'appeler de la mélancolie, lorsqu'il est « dominé par une émotion de nature triste, ou pénible, ou « douloureuse; à cette émotion peuvent s'associer soit un « état général d'excitation, soit au contraire un état général « d'apathie, soit même un état mixte d'excitation et d'apathie (1). » L'excitation ou la dépression, la suractivité ou l'inhibition intellectuelle ne sont nullement spécifiques de l'accès maniaque ou mélancolique, et cela s'explique aisément si l'on considère ces accès comme des manifestations émotives pathologiques. Certains mélancoliques sont complètement inhibés par leur douleur morale; d'autres l'expriment par des plaintes et des gémissements; d'autres encore racontent à tout propos leurs misères avec force détails et se livrent à toutes les manifestations du désespoir : il y a des mélancoliques déprimés et des mélancoliques excités; on observe même des états mixtes constitués par un mélange d'excitation intellectuelle et d'inertie motrice par exemple. Il en est de même dans les états maniaques qui, schématiquement, devraient être composés d'excitation intellectuelle et d'agitation motrice, et dans lesquels on peut rencontrer de l'agitation motrice associée au mutisme (manie muette), ou bien une suractivité intellectuelle intense associée à un certain degré d'inhibition motrice.

Le symptôme fondamental et pathognomonique de l'accès est donc constitué par l'hyperesthésie émotive; le maniaque est un malade qui est pour ainsi dire sensibilisé à

(1) BINET et SIMON, *Année psychologique*, p. 180.

l'émotion sthénique, le mélancolique est sensibilisé à l'émotion asthénique, et c'est sur ce fond émotionnel que se greffent les autres symptômes.

Est-il besoin de circonstances particulières, d'un traumatisme moral par exemple, pour provoquer l'apparition d'un accès de la folie maniaque dépressive? Nous croyons pouvoir répondre à cette question par la négative, étant donnée la grande quantité de malades internés dans les asiles, chez lesquels on voit éclater un accès sans la moindre cause apparente et dans des conditions d'existence qui les mettent à l'abri de toute perturbation morale.

RÉGIS et KAHN ont émis l'hypothèse d'une auto-intoxication, d'un trouble de nutrition diathésique, servant de base à la cyclothymie; dans ces conditions l'accès serait le résultat d'une décharge toxique. Jusqu'à présent nous croyons devoir considérer la cyclothymie comme une maladie à paroxysmes essentiellement spontanés, et uniquement déterminés par la constitution psychopathique des malades.

La folie maniaque dépressive est encore une maladie de l'émotivité qui ne crée rien par elle-même, exagérant seulement des dispositions naturelles.

Malgré les phénomènes assez disparates qui en composent le contenu, malgré les troubles intellectuels profonds, tous ses symptômes évoluent sur un fond émotionnel identique chez des individus toujours déséquilibrés dans le domaine de l'émotivité. Aussi croyons-nous que la *Constitution émotive*, qui préside à l'évolution des syndrômes

phobiques et obsessifs, est aussi le terrain de choix pour le développement des syndrômes mélancoliques et maniaques, et la *Constitution cyclothymique* n'est qu'une variété de la *Constitution émotive*.

CHAPITRE IV

LES SYNDROMES HYSTÉRIQUES ET NEURASTHÉNIQUES

I. — L'HYSTÉRIE

La *Constitution émotive* et l'hystérie ont, sur bien des points, une symptomatologie commune qui prête à confusion, et il n'existe peut-être pas un seul des symptômes que nous avons décrits qui n'ait été qualifié d'hystériques dans les descriptions nombreuses qui ont été faites de cette maladie. Tout le chapitre de l'émotivité, en effet, paraît être commun aux deux diathèses; et bien qu'il ne soit pas impossible d'assister à leur combinaison, elles n'en ont pas moins une autonomie propre, et leurs caractères spécifiques sont assez différents pour qu'il soit facile de les séparer.

La *Constitution émotive*, reposant sur un certain nombre de faits positifs, et évoluant sur un substratum physiologique objectivement constatable, peut se définir assez aisément.

L'hystérie au contraire, « ce protégée insaisissable », est plus difficile à isoler « son diagnostic restera toujours soumis à l'appréciation personnelle, subjective de l'observateur; l'un nommera hystérique ce qu'un autre n'estimera pas hystérique; et il n'y aura pas de terrain d'entente possible. La conception elle-même de l'hystérie gardera toujours quelque chose de flou, de confus, qui n'est que la conséquence de l'imprécision des troubles mêmes qui la constituent; c'est pourquoi il sera toujours difficile de lui fournir une définition précise et un critérium certain (1). »

Néanmoins, depuis CHARCOT, de nouvelles idées ont pris naissance, sous l'influence en particulier de BERNHEIM, de BABINSKI et de JANET, et grâce à ces auteurs, il est possible actuellement de se faire de l'hystérie une idée suffisamment nette pour pouvoir la distinguer facilement des autres névroses.

Nous avons vu que la *Constitution émotive* était avant tout une constitution physique caractérisée par des troubles physiologiques et accompagnée de réactions psychiques anormales; les syndrômes phobiques et obsessifs, les accès de la folie maniaque dépressive sont des accidents paroxystiques qui se développent sur ce terrain.

(1) HARTENBERG, *L'Hystérie et les hystériques*, p. 282.

La constitution hystérique est une constitution psychique, une mentalité particulière, qui sert de base à l'évolution des accidents appelés hystériques et CLAPARÈDE disait avec raison : « Il faudrait étudier la psychologie de « l'hystérique, abstraction faite de ses accidents pathologiques, ce serait le seul moyen de s'ouvrir un aperçu « sur le psychisme hystérique constitutionnel (1). »

* * *

L'hystérie, névrose à base physiologique, résultat d'une perturbation fonctionnelle des centres nerveux, est une théorie qui n'est plus admissible aujourd'hui. CHARCOT lui-même, dans les dernières années de sa vie, avait un peu modifié ses idées sur le mécanisme qui préside à la production des symptômes hystériques, et en présence de l'évolution de ces paralysies, précédées d'une période de rumination, il commença lui-même à avoir recours à l'hypothèse de la suggestion ou de l'auto-suggestion; l'idée, comme nous allons le voir, a été reprise et singulièrement élargie.

REYNOLDS avait déjà parlé des maladies par imagination; et plus tard BERNHEIM démontre le rôle considérable joué par la suggestion et l'auto-suggestion dans la production des phénomènes hystériques. Il définit la suggestion « l'idée introduite dans le cerveau » et, critiquant l'œuvre

(1) CLAPARÈDE. *Quelques mots sur la définition de l'hystérie.* (*Archives de psychologie*, octobre 1907.)

de CHARCOT, il insiste sur la puissance de cet agent psychique, et démontre que l'hystérie, si florissante alors à la Salpêtrière, lui devait la plupart de ses manifestations.

BERNHEIM s'était borné à une simple constatation; BABINSKI reprend l'idée de la suggestion, la transforme, la fait sienne, et nous donne une théorie nouvelle de l'hystérie, Bernheim admettait l'existence de l'hystérie en dehors de la suggestion, caractérisée alors par un appareil *hystérogène*. BABINSKI est plus absolu, et ne voit dans cette névrose que de la suggestibilité pure et simple; pour lui, l'hystérie est
« *un état psychique spécial qui se manifeste principalement par des troubles qu'on peut appeler primitifs, et*
« *accessoirement par des troubles secondaires.*

« *Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion chez certains sujets avec une exactitude rigoureuse, et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.*

« *Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs.* »

Nous connaissons maintenant le symptôme capital de l'hystérie qui permettra toujours de porter un diagnostic, et la théorie si nette de BABINSKI a le gros avantage d'être suffisante pour le clinicien.

Mais on a objecté à cette théorie que la suggestibilité est une propriété de tout cerveau humain; or, chez l'hystérique elle prend un caractère bien spécial que la théorie de BABINSKI ne suffit pas à expliquer.

Il y a autre chose dans l'hystérie que de la suggestibilité, et cette autre chose doit être recherchée dans l'analyse de l'état mental.

PIERRE JANET a minutieusement étudié l'état mental des hystériques, complétant par un travail psychologique l'œuvre clinique de BABINSKY : comparant la conscience d'un individu à un champ visuel, il admet que l'hystérique est incapable de concentrer en même temps, dans sa conscience, autant de phénomènes psychologiques que pourrait le faire un individu normal. En outre, il existerait dans le cerveau de ces malades une possibilité de désagrégation de leur personnalité en plusieurs personnalités différentes dont chacune, ayant son autonomie propre, peut manifester son existence indépendamment des autres qui peuvent même l'ignorer. Par ce double phénomène psychologique s'expliqueraient les distractions, les crises somnambuliques, les hallucinations, les fugues avec amnésie consécutive, etc.

JANET résume sa conception de l'hystérie dans la définition suivante : « L'hystérie est une forme de la dépression mentale, caractérisée par le rétrécissement du champ de la conscience personnelle, et par la tendance à la dissociation et à l'émancipation des systèmes d'idées et des fonctions qui, par leur synthèse, constituent la personnalité (1). »

Envisagée à travers ces deux théories, l'hystérie, névrose autrefois, est devenue psychose aujourd'hui ; il n'y a pas à

(1) P. JANET, *Les Névroses*, p. 345.

proprement parler, de tableau clinique de l'hystérie, mais seulement une forme particulière de disposition psychique que l'on désigne comme hystérique.

Tous les symptômes considérés autrefois comme spécifiques, tels que chorées, spasmes, contractures, paralysies, hyperesthésies, anesthésies et paresthésies..., n'ont plus aujourd'hui aucune valeur pathognomonique, car tout cela n'est que de la suggestion pure et simple, suggestion étrangère ou auto-suggestion.

Enfin la synthèse des deux théories précédentes peut s'exprimer par la définition proposée par BINET :

« Il existe dans l'hystérie un état de séparation de
« conscience, par lequel le sujet reste étranger au point de
« vue perception, mémoire, jugement et volonté, aux phé-
« nomènes qui se passent en lui, à la faveur de son extrême
« suggestibilité, et qui aboutissent à une réalisation com-
« plète (1). »

*
* *

L'hystérie est donc avant toute chose la maladie de la suggestibilité, mais cette névrose ne se développe pas au hasard, et une mentalité spéciale, constitutionnelle, est nécessaire à sa production. C'est à cette mentalité anormale que tous les phénomènes psychiques de l'hystérie doivent

(1) BINET et SIMON, *Hystérie*, *Année psychologique*, 1910.

leur caractère si particulier; c'est grâce à elle que leur suggestibilité atteint une perfection qu'on ne trouve que dans l'hystérie.

Quand on observe de près ces futures hystériques, caractères romanesques qui vivent dans le rêve beaucoup plus que dans la réalité, on est frappé de l'extraordinaire travail imaginatif qui s'opère dans leur esprit; la prolixité et le désordre de cette imagination nous paraît être le caractère le plus frappant de la mentalité hystérique.

« Il s'agit ici d'une disposition à imaginer, à inventer, « sans s'apercevoir qu'on imagine, et en attachant la plus « grande importance et tous les caractères de la réalité « aux produits de son invention (1). »

Il existe dans l'hystérie une tendance à l'altération de la vérité qui n'entraîne pas forcément l'idée de la perversité, l'idée du mensonge.

C'est plutôt une tendance à la *fabulation*, à la *mythomanie*, c'est-à-dire un besoin involontaire et même inconscient de mentir avec imagination. La mythomanie est le plus important des stigmates psychiques de l'hystérie; l'émotivité, la suggestibilité, l'impulsivité, l'automatisme et les perversions du caractère (perversité, mensonge et sensualité) ne sont pas spécifiques de l'hystérie, car ils accompagnent une foule d'états mentaux qui n'ont rien de commun avec elle.

On trouve des hystériques qui ne sont ni plus émotives, ni plus perverses, ni plus sensuelles que les autres, seule-

(1) BINET, *La Suggestibilité*.

ment leurs tares mentales et les perversions de leur caractère, quand elles existent, sont accompagnées d'un luxe d'imagination qui leur donne un cachet particulier. « Quand
« l'hystérique est perverse, vaniteuse, menteuse, sensuelle,
« ces défauts s'enrichissent d'une fabulation imaginative
« qui leur donne vraiment une physionomie à part.

« C'est bien le mécanisme de la mythomanie, si bien
« dénommée par DUPRÉ, et cette mythomanie n'est que
« le chapitre des perversités du caractère hystérique. Pour
« l'esprit averti, rien n'est plus aisé que de dépister dans
« la vie pratique la marque hystérique de ces perversités.
« Passez en revue les causes célèbres, qui eurent pour
« héroïnes des hystériques calomniatrices, processives,
« empoisonneuses, homicides, depuis la fameuse affaire
« La Roncière jusqu'à l'affaire Humbert, et d'autres scandales plus récents encore, vous trouverez cette même
« fabulation, ce prurit d'inventivité, qui constitue le
« cachet hystérique (1). »

C'est pourquoi tous les sujets dont l'imagination est inoccupée par des réalités pratiques, sont plus fréquemment atteints par les manifestations hystériques. Les femmes, les enfants, les gens du peuple qui peuvent donner libre cours aux fantaisies de leur imagination sont des candidats naturels à cette psycho-névrose.

Un deuxième caractère paraît spécifique de la constitution hystérique: c'est une tendance anormale à la sugges-

(1) HARTENBERG, *L'Hystérie et les hystériques*, p. 209.

tibilité, ou pour employer le terme expressif de DUPRÉ, à la *psycho-plasticité*.

La suggestibilité de l'hystérique est une « suggestibilité active ou d'exécution »; le sujet ne se borne pas à accepter passivement les suggestions, mais il les réalise au maximum; en outre, cette suggestibilité est élective, caractère qui ressort nettement de la définition donnée par DUPRÉ : « *L'hystérie est un état plus ou moins conscient et volontaire de simulation-fabulation des syndrômes neuropsychiatriques.* »

La suggestibilité de l'hystérique est caractérisée « par une tendance à l'objectivation des images, à l'*idéo-dynamisme* » (BERNHEIM) à « l'*idéo-plastie* » (DURAND DE GROS). Chez l'individu normal, l'idée d'un mouvement est déjà l'ébauche de ce mouvement; une sensation est une hallucination à l'état naissant. Chez l'hystérique, l'idée ou la sensation deviennent la réalisation même du mouvement ou de l'hallucination; et la suggestion, cette « idée introduite dans le cerveau » par le sujet lui-même ou par autrui, donne naissance à des paralysies, des contractures, des crises somnambuliques, etc.

Cette suggestibilité parfaite de l'hystérique provient de la propriété que possèdent ces malades de concrétiser leurs images, de leur excès d'imagination plastique, reproductrice et constructive, jointe à l'insuffisance du pouvoir de contrôle.

L'imagination étant définie « comme la faculté de représenter ou de rendre présentes à l'esprit des choses qui en

sont actuellement absentes (1) », nous dirons que l'imagination de l'hystérique en même temps que reproductrice et constructive, est une imagination plastique. « J'entends
« par imagination plastique, dit RIBOT, celle qui a pour
« caractère propre la netteté et la précision des formes,
« plus explicitement celle dont les matériaux sont des
« images nettes, se rapprochant de la perception, donnant
« l'impression de la réalité, et où prédominent les associa-
« tions à rapports objectifs, déterminables avec précision.
« La marque plastique est donc dans les images et dans
« les modes d'association entre les images. D'un terme
« un peu gros qui demande des atténuations que le lecteur
« fera lui-même, c'est l'imagination qui matérialise (2). »
Ajoutons que chez l'hystérique le terme devient rigoureusement exact.

Enfin cette suggestibilité devient possible grâce à la faiblesse du pouvoir de contrôle de l'individu. « Les obser-
« vations des malades, éclairées par les travaux des psy-
« chologues, montrent en effet que ce qui manque à l'in-
« dividu atteint de cette affection, c'est le contrôle du moi
« sur la réalité des conceptions ou des perceptions qui
« s'imposent à lui (3). »

Mais l'insuffisance du contrôle, ainsi que le fait observer très justement HARTENBERG, est un facteur nécessaire sans être suffisant; on le retrouve dans toutes les suggestibi-

(1) BOIRAC, *Cours de philosophie*.

(2) RIBOT, *L'Imagination créatrice*.

(3) RAYMOND, *Névroses et psychonévroses*, p. 130.

lités passives, comme celles des caractères crédules, naïfs, des débiles, des incultes, etc... La suggestibilité de l'hystérique dépend surtout de l'idéo-plastie.

Nous voyons donc que tous les stigmates de la constitution hystérique, et en particulier la suggestibilité, relèvent d'une exagération intense de *l'imagination plastique*; la mentalité hystérique nous paraît se résumer en deux mots : *mythomanie* et *psycho-plasticité*.

*
* *

Toutefois, on ne peut rayer l'émotivité du cadre des accidents hystériques, car, si elle ne joue dans l'hystérie qu'un rôle tout à fait secondaire, ce rôle n'en existe pas moins et il est nécessaire de le préciser.

L'émotivité fréquente chez les hystériques n'est pas constante; mais il est probable que, lorsqu'elle existe, elle favorise le rôle de la suggestion. Il y a deux éléments dans toute suggestion : un élément représentatif et un élément affectif. Quoique dans l'hystérie, l'élément représentatif l'emporte beaucoup sur l'élément affectif, lorsque celui-ci, par le fait d'une émotivité exagérée, est augmenté dans son intensité, il favorise d'autant le développement du phénomène qui résulte de leur combinaison, c'est-à-dire de la suggestion.

D'autre part, l'être très émotif est, nous l'avons vu, très peu maître de lui, très peu libre; par conséquent,

l'émotivité, en diminuant la puissance volontaire et aussi le pouvoir de contrôle favorise, par un autre mécanisme, la puissance de la suggestion.

L'émotivité n'est donc pas un symptôme hystérique, mais, quand elle existe, elle favorise la suggestibilité.

*
* *

L'émotion peut-elle créer de toute pièce un accident hystérique? Cette question a fait l'objet de bien des commentaires.

Pour nous, l'émotion joue dans la production d'un accident hystérique, un rôle à peu près analogue à celui qu'elle remplit dans le développement de l'ictère catarrhal, dit émotif : c'est celui d'une cause provocatrice qui donne à un mécanisme latent l'impulsion nécessaire à sa mise en mouvement.

Une fois cette impulsion donnée, dans l'ictère comme dans une paralysie hystérique par exemple, le trouble émotionnel disparaît, de nouvelles forces entrent en jeu, et ce n'est plus l'émotion, ni l'émotivité qui commandent à l'ictère ou à la paralysie, mais la diathèse préexistante; dyscrasie nutritive ou constitution hystérique. LASÈGUE et CHARCOT avaient déjà remarqué cette inémotivité, cette indifférence de certains hystériques paralysés; et « nous ne pouvons, disaient-ils, nous défendre d'une certaine surprise, et d'une certaine mauvaise humeur, quand nous soignons

un hystérique paralysé; ce genre de malades nous agace par sa tranquillité, son inertie, son indifférence (1) ». La façon dont un émotif réagit à l'émotion est bien différente de celle de l'hystérique. L'hystérique est victime d'un accident de voiture, par exemple, elle éprouve d'abord une émotion vive; puis au bout d'un certain temps, tout paraît rentrer dans l'ordre; mais l'auto-suggestibilité rentre en jeu; l'idée de l'accident fermente, les conséquences possibles sont évoquées, l'imagination travaille et on voit la malade se paralyser, sans qu'on puisse déceler chez elle le moindre trouble émotionnel.

Dans des circonstances analogues, l'émotif met en jeu toute son émotivité latente; celle-ci fixe dans l'esprit l'idée de l'accident, la ramène à tout instant; le malade est la proie d'une préoccupation anxieuse des plus pénibles; il devient phobique, obsédé, mais il ne réalise jamais le tableau clinique du trouble pathologique qui l'obsède.

*
* *

Enfin l'hystérie peut-elle, par ses propres moyens, donner naissance aux phénomènes émotifs, c'est-à-dire aux phénomènes qui sont la manifestation la plus commune et la plus évidente de l'émotivité pathologique, comme le déséquilibre vaso-moteur et sécrétoire, la tachycardie, l'intolérance sensorielle, ainsi que d'autres troubles plus rares,

(1) JANET, *Les Névroses*, p. 143.

comme l'élévation de la température, les hémorrhagies sous-cutanées, les épistaxis, les œdèmes?

[Nous ne croyons pas qu'il existe d'observations probantes à cet égard; ces symptômes relèvent d'un déséquilibre émotif, et sont des manifestations de l'émotivité morbide, et non de l'hystérie; car il est impossible de les créer par suggestion, et de les faire disparaître par persuasion; BABINSKI est d'ailleurs très affirmatif à cet égard : « Si je conteste, dit-il, la possibilité de créer ces troubles « par suggestion, c'est que j'ai cherché en vain à les créer « par ce moyen, malgré la persévérance que j'ai apportée « dans mes tentatives, sur des sujets éminemment sugges- « tionnables (1). » Quand on rencontre les troubles émotifs au milieu des manifestations hystériques, c'est qu'on est en présence d'une association des deux diathèses.

*
* * *

Ces deux états constitutionnels ont donc des caractères distinctifs suffisamment nets pour qu'il soit légitime de les considérer comme deux entités morbides bien différentes.

Ils diffèrent par leur nature : des troubles physiologiques servant [de substratum à la constitution émotive, une mentalité spéciale présidant à l'évolution de l'hystérie.

Ils diffèrent par les accidents auxquels ils servent de base : la *constitution émotive*, présidant à des troubles

(1) BINET et SIMON, *Hystérie, Année psychologique*, p. 85.

physiques et psychiques de nature toujours émotionnelle; la *constitution hystérique*, prédisposant à des troubles mentaux qui sont fonction d'une imagination et d'une suggestibilité morbides et à des troubles physiques, qui sont la conséquence de cette même suggestibilité.

II. — LA NEURASTHÉNIE

Il est un autre syndrome qui mérite d'être différencié de la constitution émotive, c'est la neurasthénie; des liens de parenté assez étroits, la communauté de certains symptômes, et surtout la combinaison fréquente des deux syndromes, facilitent singulièrement la confusion. La neurasthénie a été pendant longtemps la maladie de tous les symptômes, et le symptôme de toutes les maladies; et aujourd'hui encore, il est assez difficile d'en fournir une définition qui rallie tous les suffrages.

En adoptant la conception qui est aujourd'hui la plus généralement admise, nous considérerons les symptômes physiologiques qui relèvent de l'*épuisement nerveux*, comme le fondement de la neurasthénie, et nous n'accorderons à toutes les manifestations psychiques qui l'accompagnent, qu'une importance secondaire.

Nous verrons, de cette façon que, si un fossé ne divise pas la neurasthénie de l'émotivité morbide, ces deux syndromes méritent néanmoins d'être séparés.

*
* *

Avant toute chose, la neurasthénie est *une psychonévrose de fatigue et d'épuisement* : cet état d'affaiblissement du système nerveux met l'individu dans une situation de moindre résistance, qui permet aux tares constitutionnelles de se manifester ; de là le polymorphisme des symptômes et la variabilité des formes.

Tous les symptômes spécifiques de la neurasthénie relèvent uniquement de l'épuisement nerveux.

D'abord l'amyosthénie, la diminution du tonus musculaire, que la simple inspection du malade suffit à reconnaître ; son attitude, sa démarche, ses gestes, l'expression de sa physionomie, trahissent cet épuisement nerveux. Chateaubriand, d'après Maxime du Camp, « marchait incliné, l'épaule droite plus proéminente qu'il n'aurait souhaité, le front penché, la main ballante, comme écrasé par une insurmontable lassitude ».

Grâce au dynamomètre de VICTOR HENRY, qui permet de mesurer la durée de la pression maxima, on constate, chez le neurasthénique, une diminution constante de cette durée. La même dépression se manifeste du côté des autres appareils :

Hypotension vasculaire : le sphygmomanomètre de POTAIN donne les chiffres de douze, treize, quatorze centimètres, au lieu de dix-sept à dix-huit environ ; le cœur est amoindri dans son énergie ; la pâleur du visage, le refroidissement

dissement des extrémités sont autant de preuves d'une circulation défectueuse.

Atonie gastro-intestinale : le neurasthénique est un dyspeptique et un dilaté ; les sécrétions sont habituellement diminuées, le taux de l'urée est abaissé.

A ces symptômes s'ajoutent l'insomnie, la dépression sexuelle, des algies diverses, et en particulier la céphalée, une émotivité exagérée, comme on l'observe dans tous les états de dépression nerveuse ; enfin, cette sensation de *fatigue chronique*, qui est peut-être le phénomène le plus constant de la neurasthénie, et qui n'est que la conséquence de toutes les insuffisances organiques que nous venons de décrire.

Dans le domaine psychique, l'épuisement nerveux se traduit par des phénomènes analogues, et, à la fatigue physique vient s'ajouter une fatigue cérébrale, qui se manifeste par de l'inaptitude au travail, de la paresse des fonctions intellectuelles : perte partielle ou momentanée de la mémoire, affaiblissement de l'attention, du jugement et de la volonté.

Le malade, averti par des sensations cœnesthésiques du mauvais fonctionnement de ses organes, conscient de son impuissance intellectuelle, subit consécutivement un abaissement du niveau de l'humeur ; il est envahi par une tristesse incoercible et une tendance à éprouver des émotions asthéniques ou pénibles ; les phénomènes que JANET a décrits sous le nom de *perte de la conscience du réel, sentiments d'incomplétude*, sont la conséquence de cette misère physiologique, à moitié consciente.

Ainsi épuisé, physiquement et intellectuellement, le neurasthénique se trouve dans un état de moindre résistance, qui permet aux défectuosités constitutionnelles de l'individu, de se manifester : doutes, scrupules, phobies et obsessions, manifestations hystériques, comme ces préoccupations hypocondriaques qui créent de fausses cardiopathies ou gastropathies, s'ajoutent alors aux symptômes neurasthéniques; mais ces symptômes ne sont pas imputables à l'état neurasthénique lui-même, mais à la diathèse sous-jacente : émotivité constitutionnelle ou hystérie.

Nous ne croyons pas qu'il y ait d'exemple de sujets devenus neurasthéniques et présentant à cette occasion des crises obsessives caractérisées qui aient été jusque-là normaux sous le rapport de l'émotivité; de même, on n'observera ces fausses gastropathies que chez des individus antérieurement suspects sous le rapport de l'hystérie. Ceci nous explique le succès de la thérapeutique couramment employée pour combattre la neurasthénie (alitement, suralimentation, toniques) qui fait disparaître en même temps que l'épuisement nerveux, les symptômes émotifs ou hystériques, alors que cette même thérapeutique reste sans effet sur ces mêmes symptômes, s'ils ne se sont pas développés à la faveur d'un état neurasthénique.

De même, on peut guérir par la psychothérapie une fausse cardiopathie, mais la thérapeutique persuasive restera inefficace devant les véritables symptômes neurasthéniques, comme la dépression des forces, et, devant une obsession qui ne relève pas de l'hystérie, mais de l'émotivité morbide.

Phobies, obsessions, doutes, scrupules, suggestibilité, ne sont pas des symptômes neurasthéniques, mais des complications qui relèvent d'une tare préexistante. Ces complications psychiques de la neurasthénie ne s'observent que chez des individus prédisposés. « L'état de dépression nerveuse a précisément pour effet d'augmenter encore leur émotivité native, d'affaiblir leur synthèse mentale, d'ajouter l'inquiétude à leurs inquiétudes, le doute à leurs doutes, l'indécision à leurs indécisions. Ainsi, l'asthénie joue à l'égard de ces tendances morbides du caractère le rôle d'un résonateur qui les exagère et les amplifie; et, c'est par cette double action de la prédisposition mentale et de la dépression nerveuse que surviennent ces complications de la neurasthénie (1). »

Le syndrome que l'on a décrit sous le nom de neurasthénie constitutionnelle représente la forme la plus typique de cette affection. On l'observe chez de jeunes sujets, déprimés dans leurs fonctions physiques et dans leurs fonctions mentales, sans qu'il soit possible de trouver dans leur vie la cause de cet épuisement. Cette neurasthénie des jeunes gens est la conséquence d'une débilité physique et psychique constitutionnelle.

On peut dire d'une façon générale que la plupart des neurasthéniques portent en eux-mêmes, avant toute espèce de surmenage, le germe de leur maladie. Héréditairement, ce sont des faibles, des organismes sans résistance, des dé-

(1) HARTENBERG, *Psychologie des neurasthéniques*, p. 139.

biles, et c'est grâce à cette faiblesse constitutionnelle qu'ils font de la neurasthénie sous l'influence d'une cause infime, sans cause même quelquefois.

Néanmoins, les organismes résistants ne sont pas à l'abri des accidents neurasthéniques, car, si un terrain préparé par la dégénérescence est plus facilement accessible à l'épuisement nerveux, toutes les causes de débilitation de l'organisme, comme le surmenage physique et intellectuel, les émotions répétées, les chagrins, les infections, les intoxications, peuvent suppléer à la préexistence d'un terrain prédisposé.

La neurasthénie étant avant tout une maladie de l'énergie, elle relève de toutes les causes susceptibles de diminuer cette énergie.

*
* *

Grâce à cette conception, nous voyons que la neurasthénie constitutionnelle ou acquise, est une entité morbide bien différente de la constitution émotive et de ses complications. Néanmoins, ces deux états névropathiques possèdent en commun le chapitre de l'émotivité. D'après DEJERINE et DUBOIS cette émotivité, jointe à une suggestibilité exagérée, formerait la base des états neurasthéniques.

Nous ne partageons pas cette manière de voir, et quoique l'émotivité morbide puisse être un facteur important à considérer dans la genèse des troubles neurasthéniques, nous

croyons qu'elle est beaucoup plus souvent secondaire et consécutive à l'épuisement cérébro-spinal.

L'émotivité morbide, par suite des nombreux ébranlements psychiques et physiques, qu'elle impose à l'individu, peut être, au même titre que le surmenage ou une intoxication, une cause d'épuisement. Mais on rencontre beaucoup plus fréquemment des neurasthéniques chez lesquels l'émotivité est une conséquence et non une cause de leur maladie; l'épuisement du système nerveux, appauvrissant l'énergie des fonctions intellectuelles, affaiblit le pouvoir d'inhibition volontaire qui joue un rôle frénateur dans le mécanisme des émotions; par suite de la suppression plus ou moins complète de ce phénomène d'inhibition, il se produit une exagération de l'émotivité, mécanisme de tous points comparable à celui qui produit la tachycardie quand on sectionne le pneumogastrique.

En résumé, le neurasthénique est avant tout un individu épuisé et qui, souffre d'une double fatigue physique et intellectuelle. La dépression cérébro-spinale est le phénomène spécifique, au même titre que la suggestibilité dans l'hystérie, et l'hyperémotivité dans la *Constitution émotive*.

Cette dépression peut, dans certains cas, être enrobée dans une gangue de phénomènes secondaires provenant de l'émotivité ou de la suggestibilité, mais, ainsi que le dit GILBERT BALLEZ : « J'admets volontiers que, lorsqu'on « analyse la fatigue du neurasthénique, on y peut souvent « découvrir autour d'un noyau de fatigue vraie, une gangue

« d'auto-suggestion de la fatigue, mais je ne puis accepter
« que dans la règle la gangue soit aussi énorme et le noyau
« aussi imperceptible qu'il (DUBOIS) le suppose. La neu-
« rasthénie n'est pas comme l'hystérie une maladie par
« auto-suggestion, ou du moins elle ne l'est qu'accessoire-
« ment, c'est avant tout une affection de l'énergie (1). »

(1) *L'Hygiène du neurasthénique*, Paris, 1906, p. 160.

CONCLUSIONS

Certains individus sont plus particulièrement sujets à éprouver des émotions morbides, c'est-à-dire des émotions caractérisées par l'insuffisance de leur cause déterminante, l'intensité anormale de leurs accompagnements physiologiques et la durée exagérée de leurs effets.

Cette prédisposition spéciale est de nature constitutionnelle.

Il existe en effet une *Constitution psychique émotive*, révélabable par un certain nombre de signes objectifs et subjectifs, et qui se manifeste par un déséquilibre et un désordre de la fonction émotive.

Un ensemble de symptômes, objectivement constatables, forme le substratum physiologique de cette constitution :

1° *L'exagération dans leur instantanéité et dans leur amplitude des réflexes tendineux, pupillaires et cutanés ;*

2° *L'hyperesthésie sensorielle ;*

3° *Le déséquilibre des réactions motrices et sécrétoires ;*

4° *La tendance aux spasmes;*

5° *Le tremblement;*

6° *L'intensité et la diffusion anormales des effets physiques et psychiques des émotions.*

Ces quelques signes sont la traduction de l'éréthisme diffus de la sensibilité, avec insuffisance de l'inhibition motrice, réflexe et volontaire.

D'autre part, cet état constitutionnel s'accompagne toujours de certaines caractéristiques mentales, qui peuvent se résumer dans la triade symptomatique suivante :

1° *Hyperémotivité;*

2° *Hyperaffectivité;*

3° *Troubles volontaires par déficit.*

La constitution émotive est héréditaire; elle se manifeste d'une façon précoce; elle suit les transformations évolutives de l'organisme, et plus particulièrement celles qui s'opèrent dans la sphère génitale.

Elle peut être associée à une certaine déséquilibration de l'intelligence et de la volonté, mais elle n'est pas un signe d'infériorité intellectuelle; elle s'associe souvent à une intelligence normale et même supérieure; elle accompagne quelquefois la débilité mentale, mais d'une façon générale nous croyons que chez le débile l'inémotivité est plus fréquente.

* * *

La *Constitution émotive* est un terrain physiologiquement et psychologiquement prédisposé pour le développement des maladies de l'émotivité, parmi lesquelles nous rangerons en premier lieu les *syndrômes phobiques et obsessifs* et les *syndrômes maniaques et mélancoliques*.

Nous avons en effet envisagé la *Folie avec conscience* comme étant le résultat d'un conflit entre une fonction déséquilibrée, la fonction émotive, et le reste de la personnalité.

De même nous croyons que la *Cyclothymie*, qui préside à l'évolution des accès maniaques et mélancoliques, est une variété de la *Constitution émotive*.

* * *

Enfin l'émotivité et les syndrômes émotifs pouvant se trouver combinés aux syndrômes hystériques et neurasthéniques, nous avons cru devoir établir les données essentielles à un diagnostic différentiel entre ces différents syndrômes.

Nous avons envisagé l'hystérie comme une maladie mentale caractérisée par une exagération de suggestibilité poussée aux dernières limites de la perfection, et qui se développe à la faveur d'une constitution purement psychique dans laquelle l'excès d'*imagination plastique et constructive* nous paraît être le caractère prédominant.

L'exagération de l'émotivité n'est pas constante, mais, quand elle existe, elle paraît favoriser le rôle de la suggestion.

Nous avons envisagé la neurasthénie comme étant avant tout la maladie de l'*épuisement nerveux*. Ce dernier entraîne des insuffisances fonctionnelles de toute espèce qui, par leur retentissement sur le psychisme supérieur donnent naissance aux symptômes psychasténiques.

Dans son ensemble la neurasthénie est une psychonévrose de fatigue et d'épuisement.

Souvent accidentelle, elle peut aussi se développer sur un terrain préparé par une débilité physique constitutionnelle.

La dépression cérébro-spinale permet aux tares et aux déficiences constitutionnelles de l'individu de se manifester, et c'est par ce mécanisme qu'on observe la combinaison des syndrômes émotifs aux syndrômes neurasthéniques.

On peut donc affirmer qu'il existe une *Constitution émotive* spéciale, différente de la *Constitution hystérique* et de la *Constitution neurasthénique*, et qui, par son rôle étiologique, présente un gros intérêt en pathologie mentale.

Vu, le Doyen :
LANDOUZY.

Vu, par le Président de thèse :
GILBERT BALLET.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
Pour le vice-recteur, l'Inspecteur de l'Académie :
ISTRIA.

Nous ne saurions terminer ce travail sans adresser nos plus sincères remerciements à MM. les Docteurs NOLÉ, médecin-directeur de l'Asile de Saint-Alban, PILLEYRE médecin-directeur de l'Asile de Prémontré et HUGONIN, médecin-directeur de la Maison de Santé du Docteur Goujon à Paris, pour la bienveillance constante qu'ils nous ont témoignée pendant le cours de nos études dans ces divers établissements.

BIBLIOGRAPHIE

- AIMÉ. *Etude clinique du dynamisme psychique*, 1897.
- ALIBERT. *Physiologie des passions*, 1873.
- AMSELLE. *Conception du mot hystérie*, Th. Nauen, 1907.
- BABINSKI. *Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme*, Paris, 1907.
- BAIN. *Les Emotions et la volonté*.
— *Les Sens et l'intelligence*.
— *L'Esprit et le corps*.
- BERNHEIM. *Conception du mot hystérie*, 1904.
— *Neurasthénie et psychonévroses*, 1908.
- BINET. *La Suggestibilité*, Paris, 1900.
- BINET et COURTIER. *Influence de la vie émotionnelle sur le cœur, la respiration et la circulation capillaire*.
- BINET et SIMON. *Année psychologique*, 1910. *Hystérie : Folie avec conscience, Folie maniaque, dépressive*.
- BOUCHUT. *Du nervosisme*, 1877.
- BOUVERET. *La Neurasthénie. Revue de psychologie*, août 1898.
- BRILLAT-SAVARIN. *Physiologie du goût*, 1834.
- CABANIS. *Des rapports du physique et du moral*, 1802.
- CLAPARÈDE. *Quelques mots sur la définition de l'hystérie. (Archives de psychologie, 1907.)*
- DARWIN. *L'Expression des émotions*, 1877.

- DESCARTES. *Des passions.*
- DUMAS. *La Tristesse et la joie*, 1900.
- DUPRÉ. *Rapport à la Société de neurologie et de psychiâtrie*, Paris.
(*Encéphale*, 10 avril 1910.)
- DUPRÉ. *La Mythomanie.*
— *Mythomanie infantile*, 1909.
- DUPRÉ. *L'Auto-hétéro-accusation chez les hystériques.* (*Société de médecine légale*, 1903.)
- FÉRÉ. *La Pathologie des émotions*, Paris, 1892.
— *L'Ivresse émotionnelle*, *Revue de médecine*, 1888.
— *Sensation et mouvement*, 1900.
- GARNIER, Paul. *Les Hystériques accusatrices.*
- GRASSET. *Demi-fous et demi-responsables*, 1907.
— *Idées médicales*, 1910.
- HARTENBERG. *Les Timides et la timidité*, 1910.
— *La Névrose d'angoisse*, 1902.
— *L'Hystérie et les hystériques*, 1910.
— *Psychologie des neurasthéniques*, 1908.
— *La Peur et le mécanisme des émotions.* (*Revue philosophique*, août 1889.)
- ICARD. *La Femme pendant la période menstruelle*, 1890.
- JANET. *L'Automatisme psychologique*, 1903.
— *Obsessions et psychasthénie*, 1903.
— *Etat mental des hystériques*, 1894.
— *Les Névroses*, 1910.
- LANGE. *Les Emotions*, 1907.
- LALLEMANT. *Essai sur le mécanisme des passions.*
- LOMBROSO. *L'Homme de génie.*
- LE CAT. *Traité des sensations et des passions en général et des sens en particulier*, 1867.
- LETOURNEAU. *Physiologie des passions*, 1878.
- LEGRAND DU SAULE. *Etudes cliniques sur la peur des espaces*, 1878.
— *Folie du doute avec délire du toucher.*
- MANTEGAZZA. *Physiologie du plaisir.*
— *Physiologie de la douleur.*
— *Physiologie de l'amour.*

MANDSLEY. *La Pathologie de l'esprit.*

MOREL. *Du délire émotif.* (*Archives générales de médecine*, 1866, t. I.)

PAULHAN. *Les Mensonges du caractère*, Paris, Alcan.

— *Les Phénomènes affectifs*, 1887.

PITRES. *Leçons cliniques sur l'hystérie*, 1891.

PITRES et RÉGIS. *L'Obsession de la rougeur.* (Congrès des aliénistes et neurologistes, novembre 1900.)

RÉGIS. *Etudes médicales sur J.-J. Rousseau.* (*La Chronique médicale*, nos 3, 5, 6, 7, 12, 13 novembre 1900.)

— *Précis de psychiatrie*, 1909.

RAYMOND. *Névroses et psychoses*, 1907.

RIBOT. *L'Imagination créatrice*, Paris, 1908, Alcan.

— *Psychologie des sentiments*, Alcan.

— *Les Maladies de la volonté*, 1909.

SÉGLAS. *Leçons cliniques*, Paris, Asselin et Houzeau, 1895.

SCHNYDER. *L'Examen de la suggestibilité chez les nerveux.* (*Archives de psychologie*, août 1904.)

H. SPENCER. *Principes de psychologie.*

TARDIEU. *L'Ennui.* (*Revue philosophique*, 1900.)

TERRIEN. *L'Hystérie et la neurasthénie chez le paysan*, 1906.

TRÉLAT. *La Folie lucide.*

VASCHIDE et MARCHAND. *Contribution à l'étude de la psycho-physiologie des émotions à propos d'un cas d'éreutophobie.*
